



Auszüge aus den Protocollen

der

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

I.

**Protocolle der Sitzungen vom 18. September 1857 bis
3. September 1858.**

Auszüge aus den Protocollen
der
Gesellschaft praktischer Aerzte
zu Riga.

I.

Protocolle der Sitzungen vom 18. September 1857 bis
3. September 1858.

Als Manuscript für die Mitglieder der Gesellschaft gedruckt.

Riga,
gedruckt bei Wilhelm Ferdinand Häcker.
1858.

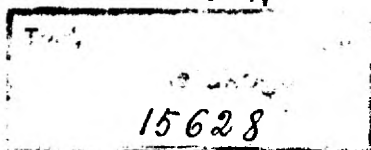
Der Druck

wird gestattet mit der Bedingung, dass nach Vollendung desselben die gesetzliche Anzahl von Exemplaren dem Rigaschen Censur-Comité eingeliefert werde.

Riga, den 5. October 1858.

Censor C. Alexandrow.

Est. A



Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga beschloss in der Sitzung am 7. Mai 1858, Auszüge aus den Protocollen ihrer Sitzungen als Manuscript für ihre Mitglieder drucken zu lassen. Die von der Gesellschaft herausgegebenen „Beiträge zur Heilkunde“ bringen grössere Arbeiten, nur zum Theil in der Gesellschaft gehaltene Vorträge, und aus den Sitzungs-Protocollen nur das für einen grösseren Leserkreis Interessante, eine vollständige Uebersicht von der Thätigkeit der Gesellschaft zu geben, liegt nicht in ihrem Zwecke; sie haben die weitere Tendenz allen Aerzten der Ostseeprovinzen, überhaupt den deutschen Aerzten Russlands ein Organ für ihre wissenschaftlichen Arbeiten zu bieten. Die Gesellschaft hat in den beiden letzten Jahren zwar im „Inlande“ eine vollständige, aber nur sehr kurze Uebersicht ihrer Thätigkeit gegeben, auf das Detail der Verhandlungen konnte dabei nicht eingegangen werden, weil das „Inland“ seiner allgemeineren Tendenz nach, nicht der Ort zur Besprechung medicinischer Fragen ist. Diese Protocoll-Auszüge, die nicht für einen grösseren Kreis, sondern zunächst nur für die Mitglieder bestimmt sind, sollen eine vollständige, detaillirte Uebersicht der Thätigkeit der Gesellschaft geben, und dadurch das Interesse für

Es war mithin die Geschwulst ein Medullarsarcom, ausgehend von der harten Hirnhaut.

Die beiden anderen Präparate gehörten einer 30 Jahr alten Frau an, die mit Zeichen der Hirncongestion in's Krankenhaus trat; nachdem diese Erscheinungen nach 2 Tagen gemässigt waren, bildete sich der Typhus mit papulösem Exanthem aus; eine Anamnese liess sich nicht ergründen. Bei der Untersuchung der Brust fand Dr. v. Dahl nur starke Rasselgeräusche. Der Unterleib war stark ausgedehnt durch eine bis zum Nabel reichende Geschwulst. Bei der Auscultation wurde das sogenannte Uterusrauschen, kein Kindesherzschlag gehört. Zwei Tage vor dem Tode stellten sich an der untern Hälfte der rechten Lunge amphorisches Klingen (wie das Blasen in eine kleine Flasche) ein. Der Percussionston konnte nicht genau ermittelt werden, da die Patientin sehr unruhig war. Auswurf war dabei nicht vorhanden gewesen.

Das pathologische Präparat zeigte den untern Lappen der rechten Lunge in einen nur von der missfarbigen Pleura gebildeten Sack verwandelt, der von einigen Gefässen durchzogen, zusammengefallen, nur wenig schwarzgrüne Detritus von nicht-auffallend brandigem Geruch enthielt. An der hintern Seite des Sackes fanden sich zwei kleine Oeffnungen, von denen nicht festgestellt werden konnte, ob sie schon im Leben vorhanden gewesen oder erst bei der Section entstanden. Die Grenze des kranken rechten Lappens war durch eine ziemlich dicke Exsudatschicht mit der Costal pleura verwachsen, doch war dieselbe an einer kleinen Stelle so wenig markirt, dass sich nicht feststellen liess, ob dieselbe auch hier luftdicht an die Thoraxwand gehaftet hatte. In beiden obern Lappen der Lunge zeigte sich an der hintern Seite etwas hypostatische Blutinfiltation, aber keine Spur von Entzündung. Es war also wahrscheinlich beim Leben noch Durchbruch des brandig gewordenen untern rechten Lungenlappens entstanden, und dadurch partieller Pneumothorax, da die Exsudatverklebungen eine weitere Ausbreitung der Luft im Thoraxraume verhinderten. Der Uterus stellte eine kopfgrosse runde, teigige Geschwulst dar, an der man nach rechts und hinten noch eine kleine runde Erhöhung be-

merkte. Die Vaginalportion war nicht verkürzt, mit etwas querm Muttermund ohne Einrisse. Auf der Sonde durchschneidend gelangte man durch denselben auf die nach hinten liegende, etwas in die Länge verzogene, normal grosse Uterushöhle, von der aus sich die Eingänge in die aus ihrer normalen Lage verdrängten Tuben nicht leicht finden liessen. Die eigentliche Geschwulst zeigte sich beim Durchschnitte umgeben von einer dünnen Schicht etwas blassen Uterusmuskulargewebes, war von sehr weicher Consistenz, und bestand aus einem wenig festen Bindegewebsstroma, aus dessen Maschen sich viel gelbliches Serum entleerte. Die Ovarien zeigten mehrere Corpora lutea von älterem Datum. Wir hatten also vor uns eine Geschwulst, welche früher mit den Namen Steatom bezeichnet wurde, vielleicht ein Fibroid von kurzer Dauer und sehr schnellem Wachsthum.

2. Sitzung den 2. October 1857.

Der Präses legte der Gesellschaft das erste Heft des 4. Bandes der „Beiträge zur Heilkunde“ vor, und knüpfte daran die Hoffnung, dass in diesem Jahre die Herren Mitglieder reichlichen Stoff für die Fortsetzung dieses Werkes liefern würden.

Dr. v. Engelhardt referirte über einen Fall, in dem er als erster in Riga den Chassaignac'schen Ecraseur anwandte. Er brauchte denselben bei einer Frau zur Entfernung einer grossen Geschwulst, die ausgehend von der linken Schaamlippe sich bis zum Knie erstreckte, und am Körper gewogen 13½ Pfund schwer war. Es bestand diese Geschwulst seit 26 Jahren, hatte bald nach ihrem Entstehen die gegenwärtige Grösse erlangt, die Frau aber beim Gehen und Gebären von 6 Kindern sehr wenig gehindert.

Die Haut über der Geschwulst war hypertrophisch, namentlich gegen das untere Ende hin, wo sich auch eine Narbe, wahrscheinlich in Folge einer Punction befand; beim Anfühlen war die Geschwulst schwappend, wie ein altes Lipom; der Stiel

verlor sich in der Schaamlefze, ohne dass sein Ende gefühlt wurde.

Nachdem die Operation wegen Eintritt eines Wechselfiebers einige Tage verschoben werden musste, fand sie am 24. September statt. Da die Basis der Geschwulst zu umfangreich war, um einfach mit der Kette des Ecraseurs umfasst zu werden, so schnürte Dr. v. Engelhardt dieselbe erst mit einer Schnur zusammen, wobei er darauf Bedacht nehmen musste, die Harnröhre, die nach links verzogen war, nicht mitzufassen. Dann wurde der Ecraseur nach je 12 Secunden um einen Zahn verengert. Leider brachen ungefähr eine halbe Stunde nach dem Anfange der Operation die Stifte, die den Hebel des Instrumentes an die Branchen befestigen und Dr. v. Engelhardt sah sich genöthigt die Geschwulst vor der immer noch comprimirenden Kette abzuschneiden. Es zeigte sich die Kette bis auf ungefähr einen Zoll Durchmesser zusammengezogen. Die Schnittfläche der entfernten Geschwulst dagegen betrug ungefähr 6 Zoll Durchmesser, und wog dieselbe 16 Pfund. Es war bei dem Abschneiden der Geschwulst kein Blut geflossen, bald aber glitt die comprimirende Kette ab, die Wundränder gaben sich auseinander, und ausser mehren spritzenden Arterien, die unterbunden wurden, stellte sich eine starke parenchymatöse Blutung ein, die sich durch Tannin nicht, wöl aber durch Ferrum sulphur. stillen liess.

Heute nach 10 Tagen bot sich bei der Operirten eine Geschwürsfläche 5" Länge und 3" Breite dar; das allgemeine Befinden ist gut.

3. Sitzung den 23. October 1857.

Herr Dr. Spengler hatte sich an die Gesellschaft mit der Bitte gewandt, die Herren Mitglieder möchten ihm ihre etwaigen Erfahrungen oder literärischen Beiträge über die Behandlung mit „Kumiss“ einsenden, da er eine 2^{te} Auflage seines Werkes über diesen Gegenstand zu veröffentlichen gedenkt.

Herr Dr. Staeger in Windau hatte sein Werk: „Das Fieber und die neuern Fiebertheorien“ der Gesellschaft eingesandt und übernahm es der Secretair, seiner Zeit über dasselbe in den „Beiträgen“ zu berichten.

Der Präses brachte in Anregung, wie es passend sei, das neue, den vier jetzt vereinigten Gesellschaften von der Stadt zur Benutzung übergebene Local, feierlich einzuweihen; es sei das Local von sämmtlichen Gesellschaften bereits bezogen, auch die Aufstellung der Sammlungen des Naturforschenden Vereins bald vollendet; durch eine solche feierliche Einweihung würden die Gesellschaften zugleich den Ständen der Stadt ihren Dank aussprechen. Nach vorgegangener Berathung mit den Vorständen der anderen Gesellschaften sei vorgeschlagen, dass von sämmtlichen vier vereinigten Gesellschaften das Fest gemeinschaftlich begangen werde; die Autoritäten der Stadt sollten durch ein Programm, welches eine kurze Geschichte der Gesellschaften enthielt, eingeladen werden. Am ersten Tage des Festes sollte, nach einer einleitenden Rede, von je einem Mitgliede der resp. Gesellschaften ein kurzer Vortrag gehalten werden, am zweiten Tage ein Festessen stattfinden.

Die Gesellschaft war mit diesem Vorschlage einverstanden und die Ausarbeitung der Geschichte der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga für das Programm übernahm Dr. Soddoffsky; den Vortrag Dr. Baerens.

Dr. Kroeger referirte über das Werk von Luschka: „die Brustorgane des Menschen in ihrer Lage, Tübingen 1857,“ und zeigte an den dem Werke beigefügten Tafeln die Lage der Lungen und des Herzens. Das abweichende von den gewöhnlichen Ansichten bestand wesentlich darin, dass Luschka die Lungen tiefer herabgehen lässt vorn und seitlich bis zur 9., hinten bis zur 12. Rippe. Dr. v. Dahl machte darauf aufmerksam, dass in praxi bei der Auscultation und Percussion diese am tiefsten gelegenen Theile, selbst in krankhaften Zuständen nicht zur Perception kämen, weil sie nur von geringem Umfange seien, und mehr durch die weit hinauf ragende Leber in den Hintergrund gedrängt würden. Dr. Schwartz meinte, dieses Verhältniss könne bei Emphyem

in Betracht kommen, wenn eine Thoracocentese an der abhängigen Parthie anzustellen wäre. Bei der Lage des Herzens, der Herzklappen und grossen Gefässe fand sich keine für die physikalische Untersuchung wichtige Abweichung der Ansichten Luschka's.

Dr. Kroeger legte eine Monstrosität, einen Hemicephalus, vor. Es war ein vollständig ausgetragenes Kind, welches in der Steisslage am Tage vorher todt geboren worden, nachdem kurz vor der Geburt noch die Herztöne hörbar gewesen. Auf der Höhe des Kopfes, entsprechend der Pfeilnath, ragte eine apfel-grosse röthlich-blaue Geschwulst hervor, von der Haut bekleidet, in der Form ähnlich dem Gehirn. Nach der äusseren Untersuchung schienen die Scheitelbeine grösstentheils zu fehlen, die Schläfenbeine nur rudimentär vorhanden zu sein, eben so das Hinterhauptbein, welches viel flacher als gewöhnlich war. Das Stirnbein schien ganz zu fehlen, dadurch traten die Augen wegen Mangel des obern Orbitalrandes weiter als gewöhnlich aus dem Gesicht hervor. Das Gesicht und der ganze übrige Körper waren normal.

Die Gesellschaft beschloss, das Präparat der pathologischen Sammlung der Universität Dorpat zu übersenden, es konnte daher eine genauere Untersuchung desselben nicht vorgenommen werden.

4. Sitzung den 13. November 1857.

Von Professor Dr. Bidder war ein Dankschreiben für den Empfang des übersandten Hemicephalus eingelaufen.

Dr. Koffsky hatte aus Gries bei Bozen einen Bericht über das in Süd-Tyrol häufig vorkommende Empyem und dessen Heilung durch Thoracocentese eingesandt. Er glaubt den Grund dieses häufigen Vorkommens in einer zu eingreifenden Behandlung der acuten und Vernachlässigung der chronischen Pleuritis suchen zu müssen. Gegen die Meinung, die Thoracocentese sei während seiner ärztlichen Wirksamkeit in Riga nur zweimal und zwar von Dr. Schwartz ausgeführt worden, führ-

ten Dr. Girgensohn einen Fall, Dr. v. Dahl zwei Fälle aus ihrer Praxis an.

Von den in Bozen Operirten war das jüngste Individuum 7, das älteste 67, die meisten zwischen 20—40 Jahre alt. Die Prognose war günstig zu stellen, wenn nicht Tuberkeln, Herzleiden als Complication vorhanden. Günstiger stellte sich die Prognose, seit zur Operation der Schuh'sche Troikar gebraucht wird, wodurch die störende Einwirkung von Lufteintritt in den Pleurasack verhindert wird. Die Operationsstelle ist gewöhnlich der Intercostalraum zwischen der 6. u. 7. Rippe. Bei sehr dickem Exsudat, welches nur schwer durch die Canüle abfließt, überlasse man es der Natur und nach einigen Tagen wird der Eiter leicht ausströmen. In anderen Fällen lässt man das Exsudat mit geringen Unterbrechungen abfließen, schliesst die Wunde und legt eine Zirkelbinde an.

Dr. Neurauter in Bozen glaubt aus dem Auswurf auf die Beschaffenheit des Exsudates schliessen zu können; dieses wurde angestrichen, da keine Verbindung zwischen den Bronchien und dem Pleurasacke stattfindet. Die Heilung erfolgt in verschiedenen Zeiträumen von einigen Wochen bis 2—3 Jahren, niemals aber ist eine dauernde Fistel zurückgeblieben. Auch diese Behauptung wurde bezweifelt, da bei stark comprimierter Lunge, die sich nicht weiter ausdehnt, der starre Thorax nicht bis zur Verwachsung mit derselben einsinken könne.

Dr. Schwartz führte einen Fall aus seiner Praxis an, in dem bei einem 8jährigen Kinde sich die Fistel nicht schloss. Auffallend ist, dass bei zwei Patienten, die Dr. Koffsky selbst sah, die Fistel noch offen war. Der eine, ein 67jähriger Mann, war vor ungefähr einem halben, der andere ein 8jähriger Knabe war vor einem Jahre operirt.

Die Heilung wird für sicher gehalten nur bei tief eingezogener, trichterförmiger Narbe. Bei den meisten Operirten bleibt eine Abplattung des Thorax und beschwerte Respiration nach.

Dr. Neurauter hatte in 25 Jahren 30 Mal die Thoracocentese ausgeführt, von diesen waren sieben Fälle lethal verlaufen, 2 wegen Tuberculose, 2 wegen Lufteintritt in den Pleurasack.

Interessant ist noch ein Fall, in dem durch einen Fehler in der Diagnose die hepatisirte Lunge angestochen wurde, der Patient aber schon nach 3 Wochen geheilt seinem Geschäfte nachging.

Schliesslich referirt Dr. Koffsky die Statistik der Thoracocentese englischer und amerikanischer Aerzte nach Brody. Es waren von 132 Operirten 79 genesen, 14 hatten Erleichterung gefunden, 37 waren gestorben, von diesen letztern waren 11 tuberkulös.

Dr. v. Engelhardt wies ein nekrotisches Knochenstück vor, beinahe das ganze Stirnbein. An der innern Seite desselben waren einige Stellen der tabula vitrea noch glatt, der grösste Theil ebenso wie die Oberfläche des Knochens zerfressen. Es stammte dieses Präparat von einer Frau, die seit 9 Jahren, wo sie an der Cholera erkrankte, an Kopfschmerzen gelitten haben will. Vor einem Jahre stellten sich starke Stirnschmerzen ein, zu Ostern eine Geschwulst daselbst, die sich bis unter den behaarten Theil des Kopfes fortzog. Vor einem Monat zeigte sich der Knochen nach Entfernung einiger Hautbrücken und vielen Eiters blos liegend, aber unbeweglich. Vor 8 Tagen wurde der Knochen beweglich und von Dr. v. Engelhardt mit mehren anhängenden Fetzen entfernt. Es erfolgte eine ziemlich bedeutende Blutung. Es lag jetzt kein Knochen mehr vor, das Gehirn lag frei da, granulirend.

Gegen die Behauptung, es könne die Granulation ausgegangen sein von der dura mater, die vielleicht, wie bei andern Knochennekrosen das Periost, intact erhalten sei, sprach sich Dr. v. Engelhardt dahin aus, dass die dem entfernten Knochenstücke anhängenden Fetzen gewiss Reste der dura mater gewesen seien. Es wurde ferner der Ausdruck „das Gehirn granulire“ angegriffen, indem dieses ebenso wenig wie die Nervensubstanz als solche granuliren könne, sondern erst aus den Blutgefässen, dem Bindegewebe der Umgebung gerinnbare Exsudate geliefert werden müssten, die das Gehirn nach ihrer weitem Umwandlung als sogenannte Membrana pyogena überziehen und die Grundlage der Granulationen darbieten.

Uebrigens war bei der Patientin jedenfalls trotz eines Ge-

hirndefects die Intelligenz gut. Ueber die Entstehung dieser Nekrose liessen sich kaum Vermuthungen aufstellen, da die häufigste Ursache derselben am Schädel, Syphilis, entschieden von der Patientin in Abrede gestellt wurde, in diesen Fällen auch gewöhnlich die tabula vitrea erhalten bleibt.

Dr. v. Engelhardt referirte ferner eine Beobachtung von Vergiftung durch Neunaugen. Es hatten drei Damen zum Frühstück ausser Thee und Brod je eine Neunauge genossen, und erkrankten alle drei nach 2 Stunden mit starkem Schwindel, Würgen, Nausea. Ebenso der Koch und Diener, die von derselben Speise genossen. Alle Patienten genasen am folgenden Tage wieder.

Dr. v. Reichardt hatte früher schon einen ähnlichen Fall beobachtet, in welchem dem Schwindel und der Nausea Speichelfluss voranging. Als Vermuthung wurde aufgestellt, das schädliche Princip sei vielleicht entstanden indem die Fische mit Porsch (*Iedum palustre*) gebraten werden. Wahrscheinlicher aber hatte sich in zu wenig gesalzenen Fischen das sogenannte Fischgift in den bei der Bereitung nur wenig gebratenen Neunaugen entwickelt.

Dr. v. Dahl zeigte als Einleitung zu einer Abhandlung über die Aneurysmen der Brust-Aorta ein ziemlich grosses Aneurysma des Aortenbogens vor, welches ungewöhnlicher Weise von der concaven und äussern Seite des Bogens ausgegangen war. Die Aorta war stark atheromatös. In Folge des Aneurysma war bei dem Patienten die linke Lunge comprimirt und lobuläre pneumonische Abscesse vorhanden gewesen.

5. Sitzung den 27. November 1857.

Von dem Directorium der Universität Dorpat waren die akademischen Gelegenheitschriften, welche seit dem September 1856 dort erschienen, übersandt worden. Nach Einverleibung in die Bibliothek, sollte ein Theil derselben mit denen des vorigen Jahres den Mitgliedern zur Besprechung übergeben werden.

Dr. v. Dahl hielt einen Vortrag über die Aneurysmen der Brust-Aorta. Während seiner 2½-jährigen Function am Krankenhause waren 10 Fälle von sackförmiger Aorten-Erweiterung vorgekommen, 6 davon sind zur Section gekommen, von denen 3 Präparate der Gesellschaft vorgelegt wurden. In dem einen Falle hatte der Sack in den linken Bronchus, mit dem er verwachsen war, perforirt; in einem andern ergoss sich das Blut zwischen der Schleim- und Muskelhaut des Oesophagus, wodurch in den letzten Tagen die vorher quälende Dysphagie aufhörte. Im dritten Falle starb die Patientin an hinzugetretener Pericarditis. In einem anderen Falle unterlag die Patientin der Tuberculose und dazugetretener Pleuritis mit eitrigem Exsudat. Es war das apfelgrosse Aneurysma des Aortenbogens nicht genau wegen Mangel physikalischer Symptome an Herz und Gefässen zu erkennen gewesen, sondern nur ein die Luftröhre comprimirender Tumor diagnostisirt worden. Usur der Knochen war nie beobachtet worden, nur ein Mal war das obere Ende des Brustbeins und die rechte obere Begränzungsgegend desselben stark vorgewölbt, eine sicht- und tastbare Doppelpulsation bietend. Bei der Diagnose hob Dr. v. Dahl hervor, wie das Aneurysma oft die Zeichen eines seine Umgebung comprimirenden Tumors darbiete und nur die physikalischen Zeichen uns die gewünschte Sicherheit geben, ebenso wie zur Unterscheidung von Herzleiden. Liegt das Aneurysma der Brustwand an, so sehen wir beim obern Ende des Sternum in der Höhe der 2. und 3. Rippe, eine pulsirende Stelle. Diese Pulsation ist sicht- und tastbar und man fühlt oft ein leichtes Schwirren. Sie bezieht sich aber nur dann auf ein Aneurysma, wenn zwischen ihr und der Stelle des Herzstosses keine Erschütterung wahrgenommen wird. Ein messbares Intervall zwischen dem Spitzenstoss des Herzens und der aneurysmatischen Pulsation nach Bamberger würde sich nach Dr. v. Dahl kaum am Krankenbette erkennen lassen. Die Auscultation ergiebt bei gesunden Aortenklappen kaum von den Herztönen unterscheidbare, vielleicht lautere Töne. Statt der zwei Töne sind aber oft über dem Aneurysma Geräusche zu hören, und zwar ein systolisches, oder ein systolisches und diastoli-

sches. Letzteres hängt von Insufficienz der Aortenklappen ab, ersteres von Rauigkeit oder Stenose der Aortenklappen, von Druck des Sackes auf benachbarte Organe, auf die Lungenarterie, endlich vom Einströmen des Blutes in den Sack bei enger Oeffnung oder rauhen Wandungen. Beim Pulse finden wir als Zeichen der Aneurysmen: Verlangsamung desselben in den Arterien jenseit des Sackes, Verschiedenheit der Grösse des Pulses auf beiden Seiten. Ferner sind wichtig die Zeichen, die sich aus dem Druck auf die Venenstämme geben. Stokes giebt als charakteristisches Zeichen halskragenartige Anschwellung des Nackens an, die Dr. v. Dahl ein Mal sehr prononcirt gesehen hat. Zur Unterscheidung von andern drückenden Geschwülsten im Thorax dient auch noch der Wechsel der Erscheinungen, der bei Aneurysmen, der häufigsten Ursache, obgleich unerklärt, fast immer vorhanden ist. Zu den frühesten Zeichen des Druckes gehören die von Seiten der Luftröhre, der Lungen, der Lungenvene, des N. vagus und N. recurrens. Endlich werden noch Schmerzen in der vordern oberen Brustwand, den Schultern, dem Rücken, mit Vertaubungsgefühl nach dem Verlauf der Intercostalnerven beobachtet. Der Durchbruch des Aneurysma kann nach den verschiedensten Richtungen erfolgen; gewöhnlicher aber unterliegen die Patienten Störungen der Ernährung, der Blutcirculation oder der Respiration.

Von der Behandlung erwähnte Dr. v. Dahl als abgethan die Valsalva-Albertinische Methode; hebt dann hervor, wie jetzt allgemein eine restaurirende Diät angewendet wird, wie Stokes örtliche Blutentleerungen auf die Stelle des Aneurysma empfiehlt. Als Versuch eines directen Heilverfahrens schlägt Bamberger die Galvanopunctur vor. Das wesentlichste Mittel gegen das Aneurysma bleibt das Blei, welches auch Bamberger empfiehlt, obgleich er selbst davon nie Nutzen sah. Dr. Schwartz führte an, wie die Digitalis nur in den Fällen von Nutzen sei, in denen sich zugleich ein Herzübel finde, in den reinen Fällen von Aneurysma dagegen sehe man mehr Erleichterung von Argentum nitricum. Dr. Girgensohn machte auf die Behandlung mit Moxen aufmerksam. Es entspann sich eine Discussion über

die Wirkungsweise des Bleies, in der die verschiedenen Theorien hervorgehoben wurden: Hebung der Propulsivkraft der Arterien, Vermehrung der Contractilität der Arterienhäute, Veränderung der Blutmischung durch das Blei; über letztere wissen wir freilich fast nichts. Es scheint das Blei früher auf die sympathischen Nerven und organischen Muskelfasern einzuwirken, als auf das Cerebrospinalsystem. Dr. Schwartz hatte vom Blei in zwei Fällen Verkleinerung des aneurysmatischen Sackes gesehen, in dem ersten wurde das Blei gut vertragen selbst zu gr. IV p. d. 3 Mal täglich. In dem zweiten Falle trat, bei 4 zweigranigen Dosen täglich, Bleikolik ein und das Mittel wurde dann nicht mehr vertragen. In einem dritten Falle trat keine Intoxication, aber auch kein Erfolg ein. Dr. v. Dahl sah nie Bleivergiftung bei medicinischen Gaben, Dr. Girgensohn schon nach kleinen Gaben bei Ruhr. Schliesslich schlug Dr. v. Dahl vor, Aneurysmakranke lieber in eine Bleiathmosphäre zu bringen, als das Blei innerlich zu geben, um die frühzeitige Verstopfung und den Rücktritt des Appetits zu vermeiden.

Dr. v. Engelhardt referirte einen Fall von Selbstmord. Ein 40jähriger Arbeiter, der früher schon am Gehirn gelitten, brachte sich am 28. October mit einem Rasirmesser eine Wunde in den Schildknorpel bei; da ihm das Messer entzogen wurde, stiess er sich ein Tischmesser mit abgerundeter Spitze, dessen Klinge ungefähr 6 Zoll und der daran befindliche Stachel für den Stiel 3 Zoll lang war, von der Wunde aus nach unten in den Brustkasten, so dass dasselbe erst nach genauerer Untersuchung der Wunde bemerkt wurde. Es wurde bei der Untersuchung von Dr. Panin entfernt, und Dr. v. Engelhardt, der von diesen Vorgängen nicht unterrichtet war, fand eine 4 Zoll lange Wunde, mehr nach links durch den Schildknorpel, der zerschnitten und zugleich zerbrochen war, so dass einzelne Stücke über die andern geschoben waren. Der Patient war bei Besinnung, der Puls ruhig, die Respiration frei. Der Oesophagus unverletzt, dabei Emphysem in der Umgebung der Wunde. Es wurden die Knorpel sowohl, als die Hautwunde durch Näthe vereinigt. Am andern Tage war der Puls frequent, Schmerzen im Thorax. Locale Blutentleerung. In der zweiten Nacht Un-

ruhe, Tod am Abend des dritten Tages. Bei der Section zeigte sich, dass das Tischmesser zwischen Haut und Kehlkopf vor der Trachea in die rechte Thoraxhälfte gerathen war. Die Spitze der Lunge war etwas verletzt, dagegen gar keine Gefässe, obgleich Dr. Panin bei der Extraction des Messers die Schneide nach hinten gekehrt fand.

6. Sitzung den 11. December 1857.

Von Herrn Dr. Schultz in Dorpat, Redacteur des Inlands, war ein Dankschreiben für die Uebersendung der ersten Lieferung des vierten Bandes der „Beiträge zur Heilkunde“ eingelaufen und wollte derselbe das Werk in einer der nächsten Nummern seines Blattes besprechen.

Der Secretair verlas einen Aufsatz über die Behandlung des Typhus nach „Huss, Statistik und Behandlung des Typhus und Typhoidfiebers. Aus dem Schwedischen von v. d. Busch. Bremen 1856.“ Es enthält dieses Werk die Erfahrungen dieses Stockholmer Arztes und des Dr. Malmsten, entnommen aus der Behandlung von 3186 Typhuskranken im Zeitraum von 12 Jahren. Die Ansichten stimmten im Wesen mit denen der meisten neueren Autoren Deutschlands und so auch mit denen der Gesellschaft überein. Wenn Verfasser behauptet, man könne den Typhus nicht durch medicinische Behandlung coupiren, dagegen zugiebt, dass in grössern Epidemien Abortivformen vorkommen, so fand Dr. v. Engelhardt darin einen Widerspruch, denn wie die Natur, müsse auch der Arzt den Krankheitsprocess unterdrücken können; doch sprach sich die Ansicht der Gesellschaft mehr dahin aus, dass wol im Vorbotenstadium die Entwicklung unterbleiben könne, sei aber ein Mal erst der wirkliche Typhusprocess ausgebrochen, wo auch erst eine sichere Diagnose möglich, so sei ein Unterdrücken des Fortschreitens nicht mehr möglich. Uebereinstimmend mit Verfasser sprach sich die Gesellschaft gegen den Gebrauch der Abführmittel, Emetica, namentlich des Tart. stibiat. aus, ebenso gegen

Blutentleerungen, und liess von letzteren nur die localen, und zwar in reichlicherer Zahl als Verfasser, gelten bei Entzündung der serösen Häute; ob sie bei entzündlichen Zuständen des Darm-Kanals und der Lunge selbst etwas helfen könnten, sei fraglich. Dagegen haben mehrere Mitglieder Erfolg gesehen von den feuchtwarmen Umschlägen auf den Unterleib, die Verfasser dringend empfiehlt. Die Phosphorsäure, das Hauptmittel des Verfassers, war hier in Riga weniger angewandt worden, als die Salzsäure. Ob die fragliche Säure ausser als solche auch noch möglicherweise durch ihre Base, den Phosphor, wirke, darüber waren die Ansichten getheilt und konnte man zu keiner übereinstimmenden Ansicht gelangen, weil die Physiologie uns über die mögliche Reduction der Phosphorsäure im Körper keinen Aufschluss giebt, und wir uns daher auf dem Gebiete der Hypothesen bewegen. Dagegen haben mehrere Mitglieder von der Aqua chlori mehr Erfolg, und weniger nachtheilige Folgen für den Kehlkopf gesehen, als Verfasser, der sie für indifferent gegen den Typhusprocess hält. Ob die Ipecacuanha ein sicheres Mittel zur Beschränkung der Diarrhœe sei, wie Huss angiebt, wurde sehr bezweifelt. Das Terpentin-Oel gegen Bronchitis capillaris und Pneumonie im Typhus war hier nicht angewandt worden, schien aber der Aufmerksamkeit würdig, da wir bis jetzt kaum ein wirksames Mittel in diesen Fällen haben. Der Schluss der Abhandlung wurde bis zur nächsten Sitzung verschoben.

Es kam dann die jetzt herrschende Scharlach-Epidemie zur Besprechung. Dr v. Dahl fragte, in wie weit die Schneemannsche Methode mit Speckeinreibungen sich von Wirksamkeit gezeigt habe, er selbst halte für das wesentliche derselben das kühle Verhalten, die Einreibung für indifferent. Desquamation stellte sich nach denselben wie gewöhnlich ein, was auch Schneemann selbst zugegeben, der Verlauf bleibe derselbe. Es sei also die wesentliche Frage, ob dadurch die Nachkrankheiten verhindert würden, was Dr. Schwartz glaubte theilweise bejahen zu können; namentlich sei die Wassersucht, wenn sie überhaupt auftrete, milder. Ausserdem sei ein grosser Vortheil grössere Resistenzkraft gegen äussere Schädlichkeiten und die leichtere Pflege der Patienten, wie auch das Mildern der bren-

nenden Hitze. Uebrigens sei schon früher von Hesse in Rust's Magazin kühle Behandlung, nicht zu Bette liegen und frühes Ausgehen bei Scharlach empfohlen worden. Noch früher, vor 40 Jahren, empfahl schon Reiche, die Patienten stets in's Freie zu schicken, was aber oft unmöglich ist. Dr. Schwartz führte zur Characteristik der augenblicklich herrschenden Scharlach-Epidemie an, dass die Anschwellungen am Halse nicht ausgingen von der Parotis, sondern von den Submaxillardrüsen.

Gegen dieselben sei das Neumannsche Liniment nicht sehr wirksam gewesen, die Salbe aus schwarzem Kupferoxyd hatte er in dieser Epidemie nicht angewandt, wol aber in zwei früheren Fällen in späterem Stadium ohne Erfolg. In dieser Epidemie, die weniger extensiv, als intensiv gefährlich sei (Dr. Schwartz hatte in 6 Familien Scharlachkranke, Dr. Irmer in 5, Dr. v. Dahl in 3), waren in einem Falle dem Ausbruch des Exanthems 3 Tage dauernde Convulsionen vorhergegangen. Am auffallendsten in dieser Epidemie sei aber eine wiederholte Eruption des Exanthems. Bei drei Kindern derselben Familie hatte Dr. Schwartz sie beobachtet. Bei dem ersten war bei schwerem Darniederliegen des Kindes nach erfolgter Abschuppung gegen Ende der zweiten Woche eine neue vollständige Eruption aufgetreten und dann die Krankheit leichter verlaufen; bei dem zweiten Kinde sei der Verlauf erst leicht gewesen, dann am Ende der 2. Woche wiederholte Eruption und schwerer Verlauf. Bei dem dritten 11jährigen Patienten sei das Exanthem bei gutem Verlauf mehr frieselartig gewesen, der zweite Ausbruch in Form einer Hydroa aufgetreten. Bei einem andern Patienten habe der Ausschlag heftig 6 Tage bestanden, sei dann am 7. Tage abgeblasst und dann ein neuer Ausbruch zu Stande gekommen. Der Secretair referirte einen ähnlichen Fall; nachdem bei einem 12jährigen Knaben der Ausschlag 6 Tage lang mit starker Anschwellung der Submaxillardrüsen bestanden, erblasste er am 7.; am 8. trat mit Steifigkeit in den Gelenken auf dem linken Fussblatt und den rechten Nates ein Erysipel auf; am 10. starker Ausbruch einer Hydroa über den ganzen Körper, am 13. Tage Tod.

Dr. Brauser sah in einem Falle bei schwachem Fieber

rothe Flecken, wie infiltrirt auftreten, am nächsten Tage zeigten sich diese als Haemorrhagien unter der Haut, am 3. Tage trat das Scharlach-Exanthem auf und starb das Kind.

7. Sitzung den 18. December 1857.

Als Gegensatz zu der in der letzten Sitzung ausgesprochenen Ansicht, dass die Abführmittel bei der Behandlung des Typhus möglichst zu vermeiden seien, theilte der Secretair aus den letzten Nummern der „Gazette des Hôpitaux“ 1857, Nr. 142. 147. die Behandlung des Typhus nach Beau, Therapeuten am Hospital Cochin, mit, die darin bestand, auf jeden Fall in jedem Stadium immer eine möglichst copiose Abführung zu erzielen. Theoretisch erklärt Beau die Wirksamkeit dieser Methode dadurch, dass die veränderte Galle, die Ursache des Typhus, aus dem Darmkanale entfernt werden müsse, und giebt als Resultat derselben 10 % Sterbefälle an. Der Secretair beendete dann sein Referat über die Behandlung des Typhus nach Huss. Bei der Besprechung der Mittel gegen die nachbleibende Diarrhöe wurde die Wirkungsweise des Arg. nitricum discutirt, und stellte sich die Ansicht heraus, dass, wenn dieses Mittel im Magen und Dickdarm (die Klystirform) wesentlich nur durch locale Einwirkung Nutzen bringe, damit doch seine Wirksamkeit nicht erschöpft sei, sondern dass es auch noch allgemeine Wirkungen habe, wie wir es in den sogenannten habituellen Diarrhöen, namentlich der Kinder sehen; ob es in diesem Falle als das salzsaure Salz oder in irgend einer andern Zersetzung wirke, darüber giebt uns bis jetzt die Pharmacologie noch keinen Aufschluss.

Gegen den zähen, klebrigen, profusen Schweiss, wie er als Nachkrankheit des Typhus und ebenso in der Tuberculose vorkommt, hatte Dr. Girgensohn, ebenso wie Huss, den Agaricus albus von Nutzen gefunden.

8. Sitzung den 8. Januar 1858.

Dr. Grüner hielt einen Vortrag über Tuberculose des Gehirns. Er knüpfte denselben an einen Fall aus seiner Praxis. Ein 26jähriger, robust gebauter Soldat klagte über sehr heftige, quälende Schmerzen in der rechten Hälfte des Kopfes, die seit einem halben Jahre paroxysmenweise mit längeren freien Intervallen auftraten. Ausser Uebelkeit und seltenem Erbrechen war nur noch Steifigkeit des Halses vorhanden. Die Functionen der Organe sonst normal, namentlich die Intelligenz ungetrübt. Nach seiner Aufnahme ins Hospital traten diese Kopfschmerzen in fast regelmässigen Tertian-Paroxysmen auf, wurden allmählig immer stärker, ebenso das Erbrechen und nach etwas mehr als einem Monat starb der Patient unter den Zeichen der Gehirnhyperämie mit Exsudation; die Intelligenz blieb bis zuletzt ungetrübt. Bei der Section (es wurde nur die Kopfhöhle geöffnet) fanden sich Verdickungen und Trübungen der Pia mater, geringe Hyperämie des sonst normalen Grosshirns, im rechten Sinus 2—3 Unzen seröses Exsudat. Die linke Hemisphäre des kleinen Gehirns war normal, die rechte enthielt in ihrer Mitte einen wallnussgrossen sphärischen Tuberkel, der noch fest, beim Durchschnitt gelb und käsig war. Aeusserlich war derselbe von einer festen, fasrigen Haut umspinnen. Die Wände der Höhle, in welchen der Tuberkel lag, waren erweicht und zerfliessend.

Von diesem Falle ausgehend gab Dr. Grüner eine Uebersicht der neuern Literatur über Hirntuberkel, namentlich die Ansichten von Rokitansky, Dietl, Albers, Wunderlich. Es wurde in der Discussion hervorgehoben, wie gegenüber dem mehr solitären Tuberkel in der Gehirnssubstanz, sich beim Sitz in den Meningen, namentlich an der Basis des Gehirns, gewöhnlich mehre, wenn auch kleinere Tuberkel vorfinden. Die auffallende, fast intermittirende Remission der Symptome, namentlich des Kopfschmerzes bei Gehirntuberkeln war von mehreren Mitgliedern beobachtet worden, so von Dr. Girgensohn in einem Falle, wo ein wallnussgrosser Tuberkel, von der Dura mater ausgehend das kleine Gehirn comprimirt und nach Monate langen Remissionen intermittensartige Erscheinungen hervorrief. So

bekannt diese Erscheinung nun auch ist, so haben wir bis jetzt keine Erklärung für dieselbe.

Bei der Schwierigkeit der Diagnose von Afterbildungen oder andern organischen Veränderungen des Gehirns, sprach sich die Ansicht dahin aus, es mögen wol viele Fälle von sogenannten nervösen Kopfschmerzen (Migraine) auf derlei Veränderungen beruhen, worüber uns oft nur die Section und das Mikroskop Aufschluss geben, so bei Sclerose. Dr. Brauser referirte einen Fall, in dem bei einer Frau, welche häufig an solchen Kopfschmerzen gelitten, die gewöhnlich mit Schlaf endeten, der Tod in einem solchen Schlaf eintrat, ohne dass die Symptome eine grössere Gefahr angezeigt hätten. Bei der Section fand er einen kleinen Fungus in der linken Seite, und einen grossen apoplectischen Heerd an der rechten Seite des Gehirns. Dr. Girgensohn sah bei den vielen Sectionen, die er veranstaltet, selten Hydatiden im Adergeflecht, welche Fremdbildungen im Krankenhause und von Dr. Schwartz häufiger beobachtet wurden. Dr. Schwartz machte darauf aufmerksam, wie jetzt in seiner Praxis wieder viel mehr Fälle von tuberculöser Meningitis (Hydrocephalus acutus) vorkämen, als früher. Er hatte in neuerer Zeit 6 Fälle zu beobachten Gelegenheit. Auch bei zwei erwachsenen Tuberculösen sei der Tod durch Meningitis herbeigeführt. Interessant war ein Fall aus seiner Praxis, wo ein von Delirium tremens Ergriffener nach Monaten die Zeichen der Lungen-Tuberculose darbot, deren Verlauf dann eine Pause machte; es trat Schlaflosigkeit ein und dann neue Delirien, deren Ursache aber nicht der Säuferwahnsinn, sondern eine Meningitis war, welche auch den Tod herbeiführte. Dr. Berent berichtete einen Fall von Hydroceph. acutus bei einem zweijährigen Kinde, das nach längerem Fieber in Convulsionen verfiel und plötzlich erblindete; als wahrscheinliche Ursache dieses letzten Symptoms wurde ein seröser oder blutiger Erguss in das Chiasma nervorum opticorum oder dessen Umgebung angenommen. Letzteren Grund der Blindheit führte Dr. Schwartz für einen andern Fall an. Eine 60jährige Frau, die früher an Eczem gelitten, steht eines Morgens gesund auf und erblindet plötzlich auf beiden Augen, ohne irgend andere Symptome; in den Augen selbst war nichts Krankhaftes zu entdecken.

Dr. Schwartz führte auch einen Fall aus seiner Praxis an, in dem er bei einer Frau in den klimakterischen Jahren Amaurose als Symptom von Morbus Brightii beobachtete; mehrere Monate waren heftige nervöse Kopfschmerzen vorangegangen, erst die eintretende Amblyopie und Amaurose führte auf die Erkenntniss des Nierenleidens, das nach langem Siechthum durch Wassersucht zum Tode führte. Dr. v. Engelhardt erzählte einen Fall von plötzlich eintretender vollständiger Blindheit bei einem 14jährigen Knaben im Scharlach; die Amaurose war Folge Brightscher Nierenaffection; der Knabe genas vollständig. Der eigentliche physiologische Zusammenhang zwischen Amaurose und Morbus Brightii ist noch wenig aufgeklärt.

Die Discussion wandte sich dann dem Diabetes mellitus zu. Dr. Girgensohn erzählte einen Fall, in dem bei Ausscheidung einer enormen Quantität Harns von grossem specifischem Gewicht durch die Fehlsche Flüssigkeit sich 5—6 p. c. Zucker in demselben nachweisen liessen, so dass täglich gegen 16 Unzen Zucker entleert wurden. Der Patient, der sich der Behandlung des Dr. Girgensohn entzog, starb in Folge dargereicher Abführmittel, vor denen ihn derselbe gewarnt hatte. Im Laufe der Behandlung bestätigte sich auch wieder die Erfahrung, dass Diabetische eine ausschliessliche Fleischdiät nicht vertragen; in diesem Falle hatte sie der Patient nur drei Tage ausgehalten, und war dabei ganz heruntergekommen. Ob eine Herstellung von dieser Krankheit möglich, wurde bezweifelt. Dr. v. Reichardt machte auf ein neues Reagens auf Zucker, das Zinnbichlorid, aufmerksam.

Dr. Kroeger benachrichtigte die Gesellschaft, dass am 2. Januar eine Frau mit lebenden Drillingen niedergekommen sei; die Kinder wurden alle in der Steisslage ohne Kunsthilfe geboren. Die Placenten, von denen zwei verwachsen waren, musste er durch Kunsthilfe entfernen. Die Frau befindet sich wohl.

9. Sitzung den 22. Januar 1858.

Dr. Kroeger referirte der Gesellschaft, dass von den lebend geborenen Drillingen bereits zwei gestorben.

Dr. Berent gab aus den officiellen Berichten eine Statistik der Krankheiten Riga's im Jahre 1857. Er machte vorher darauf aufmerksam, dass dieselbe nur einen relativen Werth habe, da von den Aerzten Riga's nur 25 eine statistische Uebersicht ihrer Praxis eingeliefert; da ferner die den Berichten zu Grunde gelegten Tabellen an vielfältigen Mängeln leiden. So seien z. B. Pleuritis und Pneumonie zusammengeworfen, Bronchitis fehle ganz, gegenüber dem Catarrhus epidemicus seien Febris catarrhalis und rheumatica zusammengestellt, letztere Krankheit eigentlich gar nicht wissenschaftlich präcisirbar; ebenso ungenau seien andere Bezeichnungen z. B. Rückenmarkskrankheiten, Febr. nervosa etc.; für alle pathologischen Abweichungen im Wochenbett sei nur eine Rubrik Febr. puerperalis vorhanden; hierher können also ebenso wohl ein nur wenig von der Norm abweichender Verlauf des Milchfiebers, wie die so bedenklichen Fälle der Puerperalperitonitis etc. gerechnet, und dadurch das Verhältniss der Mortalität ein nicht maassgebendes werden.

Dr. Brauser machte den Vorschlag,* da der Versuch zur Zusammenstellung einer detaillirteren medicinischen Statistik schon öfter, zuletzt noch vor zwei Jahren gescheitert, wenigstens eine genaue Mortalitätsliste Riga's zu entwerfen; es liesse sich dann aus dieser auf die hauptsächlich herrschenden Krankheiten, mithin auf die Krankheitsconstitution schliessen. Da es nach den Statuten der Gesellschaft auch ein Zweck derselben ist, die Krankheitsconstitution Riga's monatlich zu besprechen, so wurde der Vorschlag angenommen und bestimmt, es solle jedes Mitglied monatlich die in seiner Praxis vorgekommenen Todesfälle in eine zu diesem Zwecke ihm zugeschickte Liste eintragen, und bei jedem Fall die Krankheit, das Geschlecht, das Alter, den Stand und die Wohnung des Verstorbenen bezeichnen. Der Secretair sollte diese Listen zusammenstellen und der Gesellschaft vorlegen. Da unser medicinisches Jahr mit dem December be

ginnt, so sollen die Mitglieder ersucht werden, das erste Mal die Todesfälle in den Monaten December 1857 und Januar 1858 in die Listen einzutragen.

Nach dem von Dr. Berent zusammengestellten statistischen Bericht waren im Jahr 1857 von 25 Aerzten in Riga behandelt worden 21,701 Kranke, wovon 463 gestorben. Es ist diese Todtenzahl ungefähr $\frac{1}{3}$ der in Riga Sterbenden. Von den besonders interessirenden acuten Krankheiten waren erkrankt an:

Scarlatina 419, gest. 71 (17 p. c.); Morbilli 521, gest. 2; Variola 67, gest. 4; Tussis convulsiva 310, gest. 5; Diphteritis 37, gest. 3; Croup 122, gest. 5 (ein ganz ausserordentliches Verhältniss); Catarrhus epidemicus 1861, gest. 1; Febr. catarrh. et rheum. 2086, gest. 9; Typhus 101, gest. 22 (21 p. c.); Febr. nervos. 127, gest. 10 (8 p. c.). Die Erkrankungen an Febr. intermittens waren gering, 741 ohne Todesfall. Cholera 44, gest. 1; Apoplexie 123, gest. 23 (19 p. c.); Encephalitis und Meningitis 117, gest. 47 (40 p. c.); Rückenmarkskrankheiten 57, gest. 3; Pleuritis und Pneumonie 508, gest. 52 ($10\frac{1}{2}$ p. c.); Entzündung des Herzens 20, gest. 3 (14 p. c.); Gastritis 35, gest. 4 ($11\frac{1}{2}$ p. c.); Peritonitis 56, gest. 8 (15 p. c.); Hepatitis 75, gest. 3 (4 p. c.); Nephritis 17, gest. 1 (6 p. c.); Febr. puerper. 65, gest. 6 ($9\frac{3}{4}$ p. c.).

In diesen statistischen Bericht waren nicht aufgenommen die Resultate der Krankenhäuser, und versprach Dr. Berent dieselben in der nächsten Sitzung vorzulegen.

Dr. Girgensohn theilte aus dem „Correspondenz-Blatt des Vereins für gemeinschaftliche Arbeiten zur Förderung der wissenschaftlichen Heilkunde“ eine Aufforderung mit an sämtliche deutsche Aerzte von Seiten „der Commission für medicinische Statistik“ sich der Förderung medicinisch-statistischer Bestrebungen anzunehmen. Zu dem Zwecke sollten von der Commission entworfene Tabellen ausgefüllt und vierteljährlich eingesandt werden.

Aus demselben Blatte theilte Dr. Girgensohn einen Aufsatz von Dr. Falk in Marburg mit, in dem derselbe die Aerzte darauf aufmerksam macht, dass nach den Untersuchungen von Kühne und Hallwachs in Göttingen die Benzoësäure und benzoësaure Alcalien in der Leber in Hippursäure, resp. hippursäure Alcalien verwandelt werden. Zu dieser Umwandlung ist

der Contact mit Galle oder mit dem in derselben enthaltenen Glycocoll nöthig. Daher, glaubt Falck, werde die Benzoëssäure eine solche Alteration der Leber hervorbringen, wie sie zur Ausgleichung mancher Leberstörungen und Heilung mancher Leberleiden nothwendig ist. Eine genaue Indication für die einschlägigen Leberleiden fehlt noch, es soll aber das Mittel in Marburg gegen gewisse mit Gelbsucht verbundene Leberstörungen mit überraschenden Erfolgen gebraucht worden sein. Ebenso wie Benzoëssäure verhalten sich Zimmtsäure und Salicylsäure, die benzoë-, zimmt- und salicylsauren Alkalien.

Dr. Schwartz erinnerte bei dieser Gelegenheit, dass vor Jahren schon Simon, in seinen Beiträgen zur Chemie und Mikroskopie, gestützt auf die Erfahrungen Ure's, auf die Benzoëssäure aufmerksam gemacht habe, als ein Mittel die Alkalescentz im Harn und die Ablagerung von Erdphosphaten aufzuheben. Ure hat auch schon die Beobachtung gemacht, dass Benzoëssäure dem menschlichen Organismus einverleibt, in Hippursäure verwandelt wird; diese Umwandlung soll auf Kosten der Harnsäure vor sich gehen, welche nach dem Gebrauch der Benzoëssäure im Harn verschwinden soll. Ure empfahl das Mittel deshalb auch gegen Gicht und gichtische Ablagerungen. Froriep versuchte das Mittel am Krankenbett und fand die günstige Wirkung bestätigt; er veranlasste Simon die Einwirkung der Benzoëssäure auf den Harn chemisch genau zu untersuchen. Simon fand allerdings nach dem Einnehmen von Benzoëssäure im Harn Hippursäure, aber keine constante Verminderung des Harnstoffs oder der Harnsäure, so dass in solcher Art die günstige Einwirkung der Benzoëssäure bei Arthritis nicht chemisch erklärt werden kann. Froriep empfahl einen Benzoësäuerling gegen Gicht und Harngries, der auch nach seiner Angabe von der hiesigen Mineralwasser-Anstalt bereitet wurde; die Versuche mit dem Mittel haben aber zu keinen entscheidenden Resultaten geführt.

10. Sitzung den 5. Februar 1858.

Dr. Berent theilte die medicinische Statistik der Krankenhäuser und einiger öffentlichen Anstalten Riga's mit. Es waren im geistlichen Seminar von 268 Kranken keiner gestorben, im Seehospital 2 von 162 ($1\frac{1}{2}$ p. c.), im Stadtgefängniss 2 von 99 (2 p. c.), im katholischen Krankenhause 13 von 323 (4 p. c.), im Armenkrankenhause 166 von 1763 ($9\frac{1}{4}$ p. c.), im Kronsgefängniss 8 von 76 ($10\frac{1}{2}$ p. c.), in den Anstalten auf Alexandershöhe 63 von 622 ($10\frac{1}{4}$ p. c.), in der Grebentschikowschen Anstalt 12 von 71 (17 p. c.). Die einzelnen Krankheiten ergaben in Bezug auf Mortalität ungefähr dieselben Resultate, wie in der freien Praxis.

Dr. Müller besprach die Meningitis tuberculosa mit Zugrundelegung des Werkes: „Die Meningitis tuberculosa, vom klinischen Gesichtspunkte betrachtet. Preisschrift von der medicinischen Gesellschaft zu Bordeaux gekrönt. Von Dr. H. Hahn, deutsch von Pauls. Köln 1857.“ Verfasser spricht sich erst gegen die Bezeichnung der Krankheit als Hydrocephalus acutus aus, weil unter diesem Namen verschiedene Krankheiten durcheinander geworfen werden. Dann bespricht er die anatomischen Unterschiede zwischen der reinen und tuberculösen Meningitis. Bei ersterer: Sitz auch an der Convexität des Gehirns, auf der Pia mater und der Arachnoidea, starke Congestionen, Eiterbildung oder Pseudomembranen, kein Oedem des Gehirns. Bei letzterer: Sitz an der Basis des Gehirns, auf der Pia mater, keine Eiterbildung, dagegen Oedem des Gehirns. Sie entwickelt sich nur bei tuberculöser Diathese. In anatomischer Beziehung und zugleich vom klinischen Standpunkt aus nimmt Hahn drei Kategorien der Mening. tuberculosa an:

- 1) Die Fälle, in denen die M. t. Kinder befällt, die von einer Tuberkelbildung im Gehirn und seinen Anhängen frei waren und anscheinend einer guten Gesundheit sich erfreuten. Hier unterscheidet Verfasser 2 Varietäten:
 - a) Es entwickelt sich die Meningealtuberkelbildung während des Verlaufs der Entzündung und scheint eines ihrer Produkte zu sein.
 - b) In andern Fällen macht die

Meningitis ihre Phasen durch, ohne dass Tuberkelbildung sich in dem Gehirn und seinen Häuten lokalisiert hat. Nach dem Tode findet man immer wenig vorgeschrittene Tuberkelbildung in Brust und Bauch, im Gehirn keine Tuberkelbildung oder Meningeal-Granulationen. Es könnte scheinen, als ob der Tod dort zur tuberculösen Ablagerung nicht Zeit gelassen habe.

- 2) Die Fälle, wo eine Tuberkelbildung im Gehirn oder in den Meningen dem Eintritt der Meningitis vorausgeht, bei Kranken, welche von einer fortgeschrittenen Tuberculation eines Organs der Brust oder des Unterleibs frei sind.
- 3) Die Fälle, in denen die M. t. sich während des Verlaufs einer Lungen- oder Abdominal-Schwindsucht entwickelt.

Dr. Müller zeigt, wie diese Schematisirung folgende auffallende Behauptungen enthalte: 1) dass weder der Sitz, noch der Verlauf, noch die pathologischen Producte den Character der Krankheit bestimmen, sondern die „tuberculöse Diathese.“ 2) Die darauf gegründete Trennung einer reinen von der tuberculösen Meningitis, und die doch entschieden damit im Widerspruch stehende Ansicht, dass die reine Meningitis auch bei tuberculöser Diathese vorkommen könne. 3) Die Meningitis tuberculosa kann tödtlich endigen, ohne Meningeal-Granulationen oder Tuberkel im Gehirn hinterlassen zu haben.

Dr. Müller entwickelt nun den jetzigen Standpunkt der Tuberkelfrage nach Rokitansky, Gluge, Henle, Günsburg, Virchow etc., und zeigt wie eine „tuberculöse Diathese“ als ausschliesslich den Character der Krankheit bestimmend nicht zugegeben werden kann; also auch keine Meningitis tuberculosa ohne Meningeal-Granulationen und umgekehrt keine reine Meningitis, wo solche vorhanden. Er schlägt, darauf gestützt, folgende Eintheilung vor:

- 1) M. t. bei Individuen, welche sich bis dahin scheinbar vollkommen wohl befanden, wo in der Leiche aber, wenn auch einzelne und nicht selten bloß obsoleete Tu-

berkel in den Lungen oder Drüsen gefunden werden. (Primäre M. granulosa.)

- 2) M. t. als consekutive Erkrankung bei vorausgegangenen Störungen im Gehirn: Entzündung, Apoplexie, Erweichungen, am häufigsten bei chronischem Tuberkel der Hirnmasse; desgleichen in oder nach dem Verlauf anderer Krankheiten, Masern, Typhus, Keuchhusten etc., namentlich bei Individuen, die zuvor schon einzelne Tuberkel an irgend einer Stelle hatten. (Hahn's zweite Kategorie).
- 3) M. t. bei Individuen mit vorgeschrittener Lungen- oder Abdominal-Tuberculose. (Hahn's 3. Kategorie.)

Die Symptome und den Verlauf der Krankheit schildert Hahn nach seiner Eintheilung und zwar mit dazu gehörigen Krankengeschichten. Bei den Symptomen der primären Meningitis giebt Hahn im 2. Stadium (Sopor) ohne genauern Beweis in den Krankengeschichten an, dass der Puls frequenter wird; wogegen Dr. Müller, übereinstimmend mit fast allen ältern und neuern, namentlich deutschen Schriftstellern, den Puls constant langsam fand. Während nach Hahn die Genesung im 3. Stadium (Convulsionen) kaum eintritt, sah Dr. Müller sie 3 Mal in 50 Fällen bei Gebrauch der Jahnschen Pulver erfolgen. In der Beschreibung der Symptome und des Verlaufs der beiden andern Kategorien der M. t. stimmt Dr. Müller mit Hahn überein.

Bei der differentiellen Diagnose zwischen M. t. und der reinen Meningitis (ein nach Dr. Müller nicht glücklich gewählter Ausdruck) kann derselbe natürlich nicht mit Hahn übereinstimmen, da letzterer von der Voraussetzung der „tuberculösen Diathese“ ausgeht. Es werden die Basilar meningitis und die Meningitis der Convexität des Gehirns sich nur in den extremsten Fällen unterscheiden lassen, in den meisten Fällen werden aber die Uebergänge der Symptomencomplexe beider Krankheiten eine differentielle Diagnose schwer, ja unmöglich machen. Es folgen nun die Unterscheidungs-Merkmale der M. t. von Hydrocephalus acutus, wie er nach Scharlach auftritt; von gastrischem Wurmzustand; von Hydrencephaloid Marschall Hall's;

von Intermittens. Dagegen hebt Dr. Müller die Unterscheidung zwischen M. t. und Typhus mehr hervor, die Hahn fast gar nicht berücksichtigt.

II. Sitzung den 19. Februar 1858.

Dr. Müller fuhr in seiner Besprechung der Meningitis tuberculosa nach Hahn fort. In der Prognose stimmt er wesentlich mit den Ansichten des letzteren überein. Wenn aber Hahn in der Prophylaxis, bei Besprechung der Erbllichkeit, die „tuberculöse Diathese“ durch sorgfältige Ernährung, Landluft, Ueberwachung geistiger Entwicklung etc. bekämpfen will, so sind diese Vorschriften allerdings geeignet, eine schwächliche Constitution zu kräftigen und die Präponderanz der Gehirnthätigkeit auf Kosten der niedern körperlichen Entwicklung zu verhüten, mehr aber nicht.

Bei der Therapie bespricht Hahn zuerst die einzelnen Mittel:

- 1) Blutentziehungen hält er für ein nur in einzelnen Fällen des ersten Stadiums und vorsichtig anzuwendendes Mittel, womit Dr. Müller übereinstimmen muss.
- 2) Bei Application kühlender Mittel auf den Kopf werden 3 Arten der Anwendung unterschieden: die mässige Kälte durch Anwendung nasser Compressen, die intensive Kälte durch anhaltende Anwendung von Eis auf eine grosse Fläche, beide ein wesentlicher Bestandtheil der Behandlung, endlich die Begiessungen des geschorenen Kopfes mit kaltem Wasser; diese passen nur gegen das Ende der ersten und zu Anfang der zweiten Periode.
- 3) Von den ableitenden Mitteln empfiehlt Hahn besonders energische Anwendung einer Salbe aus 1 Theil Tart. stibiat. und 2 Theilen Fett auf den geschorenen Scheitel. Er hat diesem Mittel hauptsächlich seine günstigen Erfolge in verzweifelten Fällen zu danken.
- 4) Mercurial-Einreibungen werden als unwirksam verworfen.

Die inneren Mittel:

- 1) Quecksilber. Calomel wendet Verfasser in den meisten Fällen an, schreibt jedoch die glücklichen Erfolge mehr der Kälte und Ableitungen auf den Kopf zu. Dr. Müller empfiehlt die grösste Vorsicht bei diesem Mittel, namentlich Verhütung des Speichelflusses und stimmt mit dem Verfasser für kleine, nicht zu lange fortgesetzte Gaben. Ueber den Nutzen des Sublimats hat die Erfahrung noch nicht entschieden, doch passt er wohl nicht in fieberhaften Affektionen.
- 2) Jodpräparate. Die Jahnschen, später auch von Dr. Schwartz empfohlenen, Pulver aus Jod, Calomel und Digitalis, bei deren Zusammenreiben sich doppelt Jodquecksilber und doppelt Chlorquecksilber bildet und viel Calomel unzersetzt bleibt, sind auch nicht ohne andere energische Mittel angewendet, so dass sich der günstige Erfolg nicht ausschliesslich auf dieselben zurückführen lässt. Das Jodkalium wirkt zu langsam in der Mening. tuberculosa, eine Verbindung desselben mit Jod wirkt energischer auf die Absorption, aber zu reizend bei dem akuten erethischen Zustande des Gefässsystems. Ob und wie weit die Jodmittel auf den Rückbildungsprocess der Granulationen einwirken, ist sehr fraglich und unwahrscheinlich.
- 3) Brechweinstein ist nach Dr. Müller noch seltener indicirt, als nach Hahn.
- 4) Abführmittel. Die reizenden sind nach Dr. Müller ganz bei der Behandlung der M. t. zu vermeiden; die salinischen haben in kleinen Gaben keinen Erfolg, in grossen sind sie schwer den Kindern beizubringen.
- 5) Urintreibende Mittel. Von denselben kommen nur die in Betracht, welche die Entzündung in ihren unmittelbaren Folgen bekämpfen, ausser Jodkali also noch Digitalis, Natrum und Kali aceticum. Das erste Mittel ist selten allein gegeben, scheint aber nützlich in den spätern Zeiträumen der M. t.; letztere sind jedenfalls

von nur sehr secundärem Nutzen, verdienen aber den Vorzug vor andern Mittelsalzen.

- 6) Schweisstreibende Mittel, namentlich Dampfbäder scheinen bedenklich.
- 7) Narkotische Mittel sind gänzlich aus der Therapie der M. t. zu verbannen.
- 8) Krampfstillende Mittel. Moschus und Castoreum passen nur wenn nervöser Erethismus von einem Schwächezustand abhängt. In der letzten Periode der M. t. rühren die Convulsionen aber gewöhnlich von Gehirndruck her, und dann passen besagte Mittel nicht.
- 9) Erregende und tonische Mittel. Der Arnica will Dr. Müller eine grössere Wirksamkeit, namentlich im *Stad. soporosum* zuschreiben, als Hahn, der bei der M. t. sie nebst den tonischen Mitteln für nicht angezeigt hält. Wo sie geholfen haben sollen, namentlich das Chinin, ist wohl eine Verwechslung mit dem *Hydrencephaloid* M. Hall's oder mit andern Krankheiten die Ursache gewesen.

Es folgen nun die Regeln für die Behandlung der einzelnen Kategorien der Mening. tuberc.:

- 1) Erste Kategorie (Anscheinend gesunde Kinder erkranken plötzlich, primäre M. nach Dr. Müller). Die nächste Aufgabe ist Hemmung der Phlegmasie, Verhütung der Bildung der Granulationen und des serösen Ergusses in die Hirnhöhlen. Aussér den diätetischen Massregeln wendet Hahn schnell genügende Blutentleerungen an, bei kleinen Kindern Blutegel an die Füsse (Entleerung von circa $2\frac{1}{2}$ Unzen), bei grössern Aderlass am Arm, so viel Unzen als das Kind Jahre zählt. Dr. Müller will die Blutentziehungen mehr beschränkt wissen, theils wegen der herrschenden Krankheitsconstitution, theils wegen Gefahr des Säfteverlustes im kindlichen Alter, theils wegen unseres mangelhaften Wissens in Bezug auf die Wirkung der Blutentziehungen im Allgemeinen und besonders bei einem Krankheitszustande, der sich von einer gewöhnlichen Stase wesentlich unterscheidet. In zweifelhaften

Fällen schade man mehr durch Entleerung von Blut, als durch Unterlassung derselben. Venaesection hat er nie gemacht, höchstens Blutegel hinter die Ohren setzen lassen. Unmittelbar nach der Blutentleerung, Kälte auf den Kopf. Am ersten Tage keine inneren Mittel, am 2—3. Calomel mit Vorsicht bis zum 5. fortgesetzt. Tritt der Sopor ein, dann kalte Uebergiessungen in Zwischenräumen von 2 Stunden und länger, dazwischen kalte Umschläge. Bei Fällen der M. t. nach eruptiven Fiebern bald Ableitungen, Zugpflaster, Unterhalten der Eiterung; in anderen Fällen Einreiben der Brechweinsteinsalbe. In den beiden letzten Perioden sind die innern Mittel weniger wichtig; Digitalis (selten mit Tart. stibiat. verbunden), Kali aceticum.

- 2) Behandlung der Fälle der 2. Kategorie (secundäre Meningitis). Im Anfang Behandlung des Schwächezustandes, die sich durch die Constitution des Kranken ausdrückt; schreitet die Krankheit fort, mehr beruhigendes Verfahren, Ableitungen; treten die Hirnsymptome ein, so verhüte man Blutandrang zum Kopf, Sorge für leichte Kost, offenen Leib durch Klystire, Ableitungen. Tritt das Fieber ein und verschlimmern sich die Kopfsymptome, ist der Kranke aber schon erschöpft (gewöhnlich hoffnungslose Fälle), so passt keine reizende Behandlung; sind noch Kräfte genug vorhanden, so passen Kälte, Ableitungen; wird der Patient soporös, ist aber noch kräftig, kalte Uebergiessungen, nicht aber bei Schwäche. Calomel im Anfange, später Jodkalium in grossen Gaben, vor allem aber energische Anwendung der Brechweinsteinsalbe. Treten Convulsionen und Lähmungen ein, so ist wenig Hoffnung; Heilung vielleicht durch reichliche Eiterung der Kopfhaut.
- 3) Behandlung der Fälle der 3. Kategorie. Die M. ist hier nur eine Terminalaffektion und alle aktive Behandlung vergeblich, ja schädlich.

Der Secretair legte der Gesellschaft die Mortalitätsstatistik Riga's vor, wie sie sich aus den Berichten von 44 Aerzten für

die Monate December 1857 und Januar 1858 ergeben. Im December waren 81 Individuen gestorben, 49 Männer, 32 Weiber, bis zum Alter von 10 Jahr 33 ($40\frac{1}{2}$ p. c.); vom 10.—60. Jahr 30 ($37\frac{1}{4}$ p. c.); über 60 Jahr 18 ($22\frac{1}{4}$ p. c.). Nach dem Stande verhielt sich die Zahl der Armen zu den Reichen wie 2:1. In der Stadt selbst waren von den 81 Todten gestorben $27\frac{1}{2}$ p. c.; in der Petersburger Vorstadt (nebst Weidendamm und Katharinendamm) 12 p. c.; in der Moskauer Vorstadt $17\frac{1}{2}$ p. c.; in der Vorstadt jenseit der Düna 12 p. c.; und 31 p. c. in den Krankenhäusern.

Im Januar starben 73 Personen, 48 männliche, 25 weibliche. Unter 10 Jahren 30 (41 p. c.); von 10—60 Jahren 28 ($38\frac{1}{2}$ p. c.); über 60 Jahr 15 ($20\frac{1}{2}$ p. c.). Das Verhältniss der Armen zu den Wohlhabenden war ungefähr 11:7. In der Stadt starben von den 73 Individuen 26 p. c., in der Petersburger Vorstadt $19\frac{1}{2}$ p. c., in der Moskauer Vorstadt $24\frac{1}{2}$ p. c., in der Vorstadt jenseits der Düna $13\frac{1}{2}$ p. c., und $16\frac{1}{2}$ p. c. in den Krankenhäusern. An Scharlach starben im Decbr. 19 Personen (23 p. c. der Gesamtzahl der Todten); im Januar 9 ($12\frac{1}{2}$ p. c.); an Pneumonie im Decbr. 8 Personen (10 p. c.), im Januar 6 (beinahe 9 p. c.), und 6 (beinahe 9 p. c.) an Hydrocephalus acutus. An Tuberculose starben im Decbr. 12 Personen (15 p. c.), im Januar 7 (10 p. c.). Vorherrschende Krankheiten waren im Dec. die Grippe, theilweise noch aus dem vorigen Monat; der Scharlach gutartiger, als im November, Masern sehr häufig, aber meist gutartig. Dann weniger verbreitet StICKHUSTEN, Pneumonie und fieberhafte Brust-Catarrhe. Im Januar dauerten die Masern ebenso fort; der Scharlach war seltener und gutartiger geworden, ebenso der StICKHUSTEN. Dagegen hatten sich mehrere Fälle von Variola, Variolois und Varicellen gezeigt. Pneumonie und fieberhafte Brust-Catarrhe schienen häufiger geworden zu sein.

12. Sitzung den 5. März 1858.

Dr. Brauser referirte zwei Fälle aus seiner geburtshilflichen Praxis. Der erste betraf eine Frau, die am rechtzeitigen

Ende der sechsten Schwangerschaft beim Beginn der Geburt einiges Blut verlor, daher Dr. Brauser von dem behandelnden Arzte hinzugerufen wurde. Er fand eine sehr blasse, anämische Frau mit noch leidlichem Puls. Bei der innern Untersuchung war der Muttermund sehr hoch liegend, die grosse Fontanelle aber fühlbar, also Kopflage. Dabei klagte die Frau über viel Schmerzen im Unterleibe; Blut war nur wenig abgegangen, etwa $\frac{1}{4}$ Bierglas voll. Bei einer zweiten Untersuchung nach $\frac{1}{4}$ Stunde war der Muttermund leichter erreichbar, die grosse Fontanelle lag vor; ob die Blase gesprungen war, liess sich nicht genau unterscheiden, stand sie aber, so war sie ganz gespannt über dem Kopf, ohne dazwischen liegendes Fruchtwasser. Da keine Gefahr oder baldige Beendigung der Geburt zu befürchten schien, verliessen Dr. Brauser und der behandelnde Arzt die Frau und fanden dieselbe, als sie nach einer Stunde wiederkamen, todt. Ein inzwischen hinzugerufener Arzt hatte die Frau in Agone gefunden; bei der Untersuchung fand er keinen Kindestheil vorliegend, wenig Blutabgang. Bei dem sofort angestellten Kaiserschnitt, lag nach Eröffnung des Uterus der Kopf in der Schnittfläche, also im grossen Becken; die Nachgeburt an der linken Seite des Uterus, weit vom Muttermunde, an dem einen Rande etwas gelöst. Rechts und unten fand sich ein Blutcoagulum von der Grösse einer Nachgeburt. Bei der Untersuchung fand sich durchaus keine Spur einer Ruptur der innern Wand des Uterus. Eine vollständige Section durfte später nicht gemacht werden. Dr. Brauser erklärt den hohen Kopfstand dadurch, dass während seiner einstündlichen Abwesenheit der Kopf aus dem kleinen Becken wieder in die Höhe gewichen sei.

Der Präses machte darauf aufmerksam, dass der Kaiserschnitt am lebenden Weibe bei uns sehr selten angezeigt sei (er war seit 1817 nicht ausgeführt worden). Die Ursache davon haben wir wol in der Seltenheit der höheren Grade des rhachitischen Beckens zu suchen.

Es blieb nun noch die Todesursache fraglich, da Dr. v. Engelhardt, übereinstimmend mit der Meinung der Gesellschaft bezweifelte, dass eine Frau während der Geburt an einem Blut-

verlust von ungefähr 3 Pfd. sterbe. Dr. Schwartz suchte wahrscheinlich zu machen, dass eine Ruptur der hintern Wand des Uterus vorhanden gewesen sei, die nicht die ganze Dicke der Wandung durchbrochen habe, wie eine solche in einzelnen Fällen vorkommt. Dr. Brauser sprach sich gegen diese Meinung aus, da in der Bauchhöhle kein Blut bemerkt wurde. Es habe der letztgerufene Arzt oedematöse Schwellung der Frau gefunden, so dass vielleicht Uraemie die Todesursache abgegeben. Der Harn konnte nicht untersucht werden. Die Frau war übrigens vorher durch Sorgen und Noth sehr heruntergekommen.

Der andere Fall betraf eine zum dritten Male Schwangere, die 4 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft über Umneblung der Augen und Schwere des Kopfes klagte. Drei Tage nach diesem Anfang des Leidens traten zwei Convulsionen ein, während eines angestellten Aderlasses eine dritte. Nach einer von Dr. Brauser eingeleiteten Medikation blieben die Anfälle aus, es wurde etwas Harn gelassen, derselbe war stark eiweiss-haltig; das Oedem war gering. Nach einigen Stunden traten jedoch wieder eclamptische Anfälle ein, im Laufe der Nacht ungefähr 22, in der Zwischenzeit war die Frau bewusstlos. Bei dem Besuch am andern Morgen war eben ein Anfall gewesen, und erfolgte kein neuer nach eingeleiteter Medikation, dagegen stellte sich Sopor und Lungenoedem ein. Am Mittag war der Zustand derselbe; Wehen fehlten ganz; in den Muttermund liessen sich erst ein, später zwei Finger einführen. Am Abend um 6 Uhr fand Dr. Brauser ein geborenes Kind. Nach Bericht der Hebamme trat gegen 2 Uhr Unruhe der Frau ein und nach 3 Stunden war leicht ein todttes Kind geboren. Am Abend um 10 Uhr starb die Frau.

Dr. Schwartz machte im Laufe der Debatte über Eclampsie darauf aufmerksam, wie diese Krankheit bedeutend häufiger bei Erstgebährenden, als bei Mehrgebährenden vorkomme, dass bei derselben wohl stets Eiweiss im Harn gefunden werde, aber auch sehr häufig Eiweiss im Harn vorhanden sei ohne Eclampsie; wie die Therapie von der ausschliesslichen, energischen Antiphlogose fast ganz zurückgekommen sei, dagegen jetzt grosse Gaben Opium oder Chloroform-Inhalationen angewandt

werden; der Zusammenhang der Eclampsie mit Uraemie könne auch nicht zu ausschliesslich antiphlogistischer Behandlung auffordern. Hier in Riga sei die Eclampsie in den letzten Jahren meist mit grossen Gaben Opium, nach vorangeschicktem Aderlass behandelt; Dr. Schwartz habe in seinem Aufsatz über Eclampsie (Beitr. z. Heilk. Bd. 1, H. 2) mehrere mit Opium glücklich behandelte Fälle erzählt, und die Wirkung des Opiums dadurch zu erklären versucht, dass es die Leitung von der gereizten Nervensphäre des Uterus zum Rückenmark unterbreche, und so die Entwicklung der eclamptischen Convulsionen verhöte, die als Reflexkrämpfe aufzufassen seien. Unter 15 Fällen, die, zum Theil im obenangeführten Werke mitgetheilt, sowohl von ihm, als auch von anderen hiesigen Aerzten mit grossen Gaben Opium behandelt wurden, sei nur ein Fall tödtlich abgelaufen, eine Eclampsie nach der Geburt. Unter den neueren Schriftstellern ist Scanzoni für grosse Gaben Opium, will aber einen Aderlass vorausgeschickt wissen, Braun dagegen empfiehlt vorzugsweise Chloroform-Inhalationen, der Aderlass soll nach ihm höchst selten einen symptomatischen Werth haben, in der Regel aber bei urämischer Eclampsie einen unverbesserlichen Schaden hervorbringen; was, bei nicht übermässigem Aderlass, von der Erfahrung wol nicht bestätigt wird. Jedenfalls scheine die neuere Behandlung erfreuliche Resultate zu liefern, denn während Plenck und Boër die Eclampsie noch für fast lethal erklärten, kann man annehmen, dass jetzt höchstens 10 bis 12 p. c. sterben. Andere Krankheiten, die auch unter ähnlichen Erscheinungen auftreten, müssen natürlich von der, durch Reflex vom Uterus und durch Uraemie bedingten Eclampsie getrennt werden, so die Convulsionen in Folge von apoplektischen Heerden im Gehirn, wie Hecker in Berlin einen solchen Fall beschreibt. In diesen Fällen finden wir aber kein Eiweiss im Harn, und bedingen dieselben auch eine andere Therapie. Auf die von Dr. Berent angeregte Frage, wie lange nach der Geburt man noch Eiweiss im Harn finde, liess sich mit Wahrscheinlichkeit antworten, dass nach 24—36 Stunden dasselbe verschwunden sein werde, da sein Auftreten im Harn nur die Folge einer durch den schwangeren Uterus bedingten

mechanischen Nierenhyperämie sei. Anders gestalte sich natürlich dieses Verhältniss, wenn vorher schon eine Nierenkrankheit dagewesen. Dr. v. Reichardt fragte, ob die Prüfung auf kohlensaures Ammoniak im Blute durch Vorhalten eines in Salzsäure getauchten Stabes von einem der anwesenden Mitglieder versucht sei. Es wurde dieses verneint, da abgesehen davon, dass es sehr fraglich, ob die uraemischen Erscheinungen von Gegenwart des kohlen sauren Ammoniaks im Blute herrühren, diese Prüfungs-Methode eine höchst unsichere und unzureichende sei.

Seit dem Mai des vorigen Jahres waren Eclampsieen beobachtet worden: eine von Dr. Girgensohn, eine von Dr. Irmer, in welchem Falle die Geburt schon begonnen hatte, und ohne Aderlass durch die Zange mit günstigem Erfolge beendet wurde; einen ganz ähnlichen Verlauf beobachtete Dr. Brauser. Dr. Berent beobachtete einen Anfall beim Anlegen der Zange, auch mit günstigem Verlauf. Dr. Kroege r behandelte eine Eclamptische mit Opium und kleinem Aderlass, die Geburt ging rasch und mit glücklichem Erfolg von Statten. Ein anderer Fall aus derselben Praxis, in dem eine Frau einige Wochen nach der Geburt von Eclampsie befallen, unter Darreichung von Opium genass, gehört nicht direct in dieselbe Kategorie. Dr. v. Reichardt behandelte vor Jahren eine 40jährige erstgebährende Eclamptische mit Aderlass, Opium, Anlegung der Zange; aber die Frau starb.

Dr. Koffsky hatte eine topographisch-medicinische Skizze von Gries bei Bozen eingesandt.

Die Grieser oder Bozener Au hat die grösste Ausdehnung von Süd nach West, und wird durch den von Norden kommenden Talfer und die von Osten kommende Eisach durchströmt. Das Thal ist ringsum von Bergen eingeschlossen, gegen Norden erhebt sich der Jenesier, gegen Westen das Mendola-Gebirge, mehr südlich das Mittelgebirge und ganz im Süden der Kohlenberg, zwischen beiden führt eine Thalöffnung in das Etschthal. Gegen Osten hält der Oberbozner Berg die vom Schlern-Gebirge kommenden rauhen Winde ab. Die Vegetation ist üppig; hauptsächlich wird Weinbau und Seidenrau-

penzucht getrieben; ausserdem werden viele Citronen, Pomeranzen und Apfelsinen gezogen, deren Bäume aber im Winter gedeckt werden. Korn und Gemüse wird nur wenig auf den Gebirgen gezogen. Hauptsächlich eignet sich zum Aufenthalt für Leidende nur ein kleiner Theil des Thales am Fusse des Jenesier Berges, wo sich 6 hübsche, grosse Wohngebäude und eine Kirche befinden.

Das Klima von Gries ist milde und gleichmässig, äusserst selten tritt greller Temperaturwechsel ein. Gegen Ende December beginnt der Winter, der bis zum Anfange März dauert. Die Luft ist mehr trocken, Regen, Nebel und Schnee selten; letzterer, gewöhnlich erst im December, schwindet in ein Paar Tagen. Nach den meteorologischen Beobachtungen von 1843—1853 betrug die mittlere Jahreswärme $+ 10, 9^{\circ}$ und als Monatsmittel ergab sich für den:

Januar	= + 1, 97°
Februar	= + 4, 68°
März	= + 9, 9°
April	= + 10, 2°
Mai	= + 13, 9°
Juni	= + 17, 3°
Juli	= + 18, 8°
August	= + 17, 8°
September	= + 13, 9°
October	= + 10, 05°
November	= + 5, 1°
December	= + 1, 9°

In den genannten 10 Jahren gab es 567 Regen-, 56 Schneetage (von diesen 19 Schnee- und Regen-Tage), 50 mit Gewitter, 1518 trübe und 1461 heitere, schöne Tage. Also durchschnittlich jährlich 150 schöne, 147 trübe, 51 Regen, 6 Gewitter- und 6 Schneetage. Vorherrschende Winde sind: Ost und Nord-Ost, Süd und Süd-West; erstere bringen kühles heiteres Wetter, letztere Wärme und Regen. Durch den Austausch dieser Winde finden täglich mehr oder weniger starke Luftströmungen statt, durch welche die Atmosphäre stets rein erhalten wird, gegen die aber die Berge, Wälder und Thalkrümmungen genügend schützen.

Winde sind am häufigsten im März, April und Mai, fast ganz windstill sind der December, Januar und Februar; die Herbstmonate sind die schönsten und genussreichsten des ganzen Jahres. Diese Beobachtungen sind in Bozen angestellt, es würden sich noch geringe Differenzen zum Vortheil für Gries finden, da Bozen mehr den Winden ausgesetzt liegt, und das Thermometer dort immer niedriger steht.

Es wurden hiemit die mittleren Temperaturen verglichen, wie Helfft in der 3. Auflage seiner „Balneotherapie“ sie für die besuchteren climatischen Curorte angiebt.

Dr. Koffsky fährt in seiner Skizze fort: Fluss-Wasser ist reichlich vorhanden, dagegen wenig Quell- und Trink-Wasser. Die Hauptnahrung der Bewohner von Gries und Bozen bilden schwer verdauliche, fette Mehlspeisen, geräuchertes, selten frisches Fleisch, schlechtes Gemüse, sehr schlechtes saures Brod und Polenta (eine aus Mais bereitete Speise). Das Hauptgetränk ist Wein.

Gries hat 1862 Einwohner, von denen jährlich 23 sterben; in Bozen kommt auf 30—31 Bewohner ein Sterbefall, in Gries auf 80 Bewohner 1 Todter trotz grosser Vernachlässigung aller hygieinischer Maassregeln. Die Krankheitsformen scheinen einen gutartigen Character zu haben, namentlich auch Epidemien, die selten vorkommen und gewöhnlich eingeschleppt werden. Herrschende Krankheitsconstitutionen sind: die entzündliche, rheumatisch-catarrhalische und gastrisch-biliöse, erstere vom November bis zum Mai, letztere vom Juni bis zum October.

So ist Gries in ganz Süddeutschland vielleicht der geeignetste Platz zum Herbst, Winter- und Frühlings-Aufenthalte für Brustkranke und Leidende, die ein gleichmässiges, mildes Klima mit reiner Gebirgsluft zu ihrer Erhaltung verlangen. Die Wohnungen sind besser als in Italien, namentlich zeichnet sich die Villa des Herrn von Aufschnaiter aus. Einzelne Personen können hier beköstigt werden, Familien thun besser, wenn sie selbst ihre Küche besorgen.

Während der Sommer-Monate ist die Hitze in der Ebene ganz unerträglich, und während dieser Zeit der Aufenthalt auf den Gebirgen nothwendig. Die besuchtesten Gegenden sind:

der Ritten, der Oberbozner Berg und der Jenesier; ersterer 3, die beiden letzten 2 Stunden von Bozen.

Gries hat nur einen Arzt, Dr. Neurauter; Bozen dagegen 15, und gute Apotheken. Ausserdem sind alle Bedingungen zur Durchführung der Molken- und Trauben-Cur gegeben. Natürliche und künstliche Mineralwasser sind leicht zu haben.

Nach Dr. Koffsky passt Gries als Cur-Ort am besten für Kranke, die an beginnender Tuberculose ohne grosse Reizbarkeit des Gefässsystems, an chronischer Tuberculose mit und ohne Vomitis, an chronischer Bronchitis mit starkem Schleim-Auswurf, an chronischer Laryngitis leiden. Alle sehr reizbare Constitutionen passen nicht dorthin.

Schliesslich giebt Dr. Koffsky eine Uebersicht über seinen einjährigen Aufenthalt in Gries.

13. Sitzung den 19. März 1858.

Dr. v. Engelhardt legte der Gesellschaft zwei pathologische Knochenstücke vor. Das erste aus einer Leiche entnommen, war das Sternalende der linken Clavicula, an dem in Folge eines früheren Bruches das innere Bruchende von ungefähr 2 Zoll Länge unter fast rechtem Winkel mit der Mitte der Clavicula verwachsen war, während das äussere frei hervorragte, ungefähr einen Zoll weit von der Verwachsungsstelle; dabei war kein grosser Callus vorhanden. Bei der lebenden Person ist diese Abnormität nicht bemerkt worden.

Das zweite Präparat, ein Stück einer cariösen Tibia mit dem Malleolus internus, stammte von einem Bauern, der mit einer complicirten Fraktur des Unterschenkels über dem Malleolus internus in Behandlung kam. Es waren damit starke Zerreissungen der Weichtheile verbunden, und da sich bald ungeheuerere Eitermassen bildeten, die den ganzen untern Theil des Unterschenkels unterminirten, so schlug Dr. v. Engelhardt dem Patienten die Amputation mehrmals vor. Dieser ging darauf nicht ein und so wurde nur dem Eiter möglichst freier Abfluss geschafft, bis nach einiger Zeit der untere Theil der Tibia be-

weglich und von Dr. v. Engelhardt extrahirt wurde. Die Heilung des Patienten erfolgte nun ziemlich rasch ohne Difformität, obgleich ein grosses Stück Tibia mit dem Gelenkende verloren gegangen war. Der Patient war 5 Monat in Behandlung.

Der Secretair legte die Moraliitätsstatistik für den Monat Februar vor. Es waren gestorben 69 Personen; das Verhältniss der gestorbenen Männer zu den Weibern = 4:3. Das Alter bis 10 Jahr lieferte 38½ p. c. der Todten; eben so viel p. c. das von 10—60 Jahren; 23 p. c. über 60 Jahr. Nach den Todesfällen betrafen die Stadt 18½ p. c., eben so viel die Petersburger Vorstadt mit Catharinen- und Weidendamm; die Moskauer Vorstadt und die jenseits der Düna je 16½ p. c., und 30 p. c. die Krankenhäuser. An Scharlach waren 12 (17 p. c.) von den 69 Todten gestorben, die Hälfte davon urämisch; ebenso auch 12 an Tuberculose (17 p. c.). Vorherrschende Krankheiten waren Masern; Scharlach seltener und gutartiger als im vorigen Monat; die Gruppe der Variola, dann Catarrhe und Rheumatismen.

An Variola waren im vorigen Monat 4 Individuen gestorben, es scheint sich aber die Krankheit mehr auszubreiten, so befinden sich im Armenkrankenhaus augenblicklich 17 Pocken-Kranke, bei der Medicinalbehörde waren als in Behandlung verblieben 27 angegeben. Dr. Girgensohn referirte, dass er in mehren Fällen Erwachsene mit Erfolg revaccinirt habe, und forderte zur häufigen Revaccination auf.

Dr. Schwartz theilte die Krankheitsgeschichte eines an Erysipelas pedis gangränosum Gestorbenen mit. Es war ein kräftiger Mann von 37 Jahren, der am Tage vor der Erkrankung sich vollkommen wohl gefühlt hatte. Nach 2 Tagen fand Dr. Schwartz lebhaftes Fieber, beiläufig klagte Patient über Schmerz im rechten Fuss, es war beginnendes Erysipel am äussern Knöchel, welches sich am folgenden Tage schon mehr verbreitet hatte und markirter auftrat; am 4. Tage traten Delirien ein, am 5. Brandblasen, das Erysipel reichte bis unter das Knie; am 6. Tage Tod. Bei der Section zeigten sich keine Spuren von Phlebitis, die Theile unter der Fascie waren alle normal, über der Fascie starke eitrige Infiltration; die einzelnen

Hautvenen zeigten nichts bemerkenswerthes. Es war kein eigentlicher Eiterheerd vorhanden.

Anders war der Befund in einem Falle, den Dr. Schwartz unter ähnlichen Erscheinungen vor mehreren Jahren bei einem jungen Manne beobachtete. Die Ursache des Erysipels war hier Phlebitis der Vena interossea des Unterschenkels, und um dieselbe ein Abscess und von dort ausgehend weitere Venenentzündung. Der Patient starb in der 2. Woche und es fand sich Pyaemie der Leber.

Dr. v. Engelhardt behandelte im vorigen Jahre einen Patienten, bei dem sich in Folge von Verstopfung der Vena cruralis am 3. Tage Brand und baldiger Tod einstellte.

Dr. Waldhauer referirte zwei Fälle aus seiner Praxis zur Beleuchtung der Streitfrage ob der vordere Kapselstaar (*Cataracta antipyrimalis*) nach Arlt nur in Folge von centralen perforirenden Hornhautgeschwüren entsteht oder nach Hasner in Folge iritischer Processe. Der erste Fall betraf eine 45jährige Bettlerin, bei der totale Trichiasis beider obren Augenlider, partielle der untern, chronische Blennorrhoe der Schleimhaut, Leucom und Exulceration beider Hornhäute vorhanden war. Nachdem die Blennorrhoe durch *Lapis mitigatus* beschwichtigt, machte Dr. Waldhauer die Trichiasis-Operation nach Jaesche mit Erfolg, die Hornhaut hellte sich auf. Es zeigte sich jetzt am rechten Auge der obere Pupillenrand frei, der untere mit der Narbe verwachsen. In der Mitte der Pupille war bei schiefer Beleuchtung ein Pyramidenstaar erkennbar trotz des bis zur halben Pupille reichenden Leucoms. Da keine Aussicht war, hier das Sehvermögen zu verbessern, so blieb dieses Auge unberücksichtigt; am linken Auge war der Pupillenrand total mit der Kera verwachsen, und Dr. Waldhauer legte eine künstliche Pupille nach aussen und etwas nach oben an.

Der zweite Fall betrifft einen jungen Mann von circa 30 Jahren, dessen rechtes Auge in seinem 11. Jahre bei den Mätern erkrankte. Die Iris ist entfärbt, schmutzig grünlich, atrophisch, Pupille excentrisch nach aussen queroval verzogen. In der Mitte dieser Pupille befindet sich die Trübung der Kapsel, mehr gegen den schwarzen Augengrund verschwimmend, Seh-

vermögen gering. Bei schiefer Beleuchtung ist diese Kapselauflagerung entschieden iritisches Exsudat, es ist noch die Stelle zu erkennen, wo sie mit der Iris zusammenhing; hier ist ein bandartiger abgerissener Strang zu sehen, und an dem Pupillenrand haften noch einzelne, weisse Knötchen. Nach der Nase zu breite, hintere Synechie, keine Trübung, keine Narbe der Hornhaut.

Im ersten Falle haben wir also einen centralen Kapselstaar, entstanden wie Arlt es angiebt: perforirendes Hornhautgeschwür, Vorstürzen der Linse, Verklebung der vordern Kapselwand mit der Wunde; allmähliche Wiederansammlung des Humor aqueus, Trennung der Adhäsionen zwischen Hornhaut und vorderer Kapselwand.

Der zweite Fall spricht für Hasner; es war Iritis da mit Bildung bedeutender hinterer Synechie nach aussen und innen, von denen die nach aussen gelegene zerrissen ist, und da die Pupille sich verzog, jetzt in der Mitte derselben als Centralkapselstaar erscheint. Doch ist dieser nur scheinbar central, da die Pupille verzogen; es kann also auch dieser Fall nicht direkt für Hasner sprechen, obgleich die Ablagerung von der Iris ausgeht. Dr. Girgensohn machte darauf aufmerksam, wie diese Streitfrage für die Therapie gänzlich irrelevant sei, und nur die Pathogenese angehe.

Der Secretair legte der Gesellschaft die Ansichten von Traube, Bamberger und Rosenstein über den Zusammenhang zwischen Herz- und Nierenkrankheiten vor. Dr. Schwartz machte im Laufe der Discussion darauf aufmerksam, wie in Folge der Herzkrankheiten nicht nur Nieren-, sondern auch häufig Leber-Leiden mit Gelbsucht entstehen, und dadurch die Wirksamkeit der Digitalis gegen diese Leiden erklärt werde.

Dr. v. Dahl hatte gegen einen Icterus in Folge von Duodenalcatarrh eines 18jährigen Patienten das Natr. benzoicum angewandt, das Verschwinden des Icterus erfolgte am 15. Tage, während er sonst gewöhnlich 3 Wochen anhält.

Dann bemerkte der Präses wie jetzt die Harn treibenden Mittel bei Behandlung des Morbus Brightii wieder mehr angewandt würden; Dr. v. Dahl bezweifelt ihren Erfolg, da bei mehr Harn

auch mehr Eiweiss ausgeschieden würde, das Blut mithin ärmer an festen Bestandtheilen werde. Nach Dr. Schwartz wird aber die Quantität des Harns bei ihrem Gebrauch nicht excessiv vermehrt, sondern oft normal, es wird also nicht mehr Eiweiss ausgeschieden, wenn auch der Eiweissgehalt im Harne bleibe; so beobachtet er einen Kranken, der, sonst scheinbar ganz wohl, seit 3 Jahren eine normale Quantität Harnes absondert, der mit Eiweiss übersättigt ist. Ein anderer Kranke, seit $\frac{3}{4}$ Jahr in Behandlung, welcher dazwischen an urämischer Gehirnaffection litt, ist jetzt ebenso scheinbar gesund bis auf den Eiweissgehalt des Harnes. Von dem Eisen gegen die Folgen des Morbus Brightii sahen Dr. Schwartz und Dr. v. Dahl wenig Erfolg, die Hauptsache bleibt die roborirende Diät. Die Hauptmittel gegen Morbus Brightii bleiben Digitalis, Jodkalium, Spiritus-Dampfbäder. Dr. Schwartz sah von der Cochenille früher zwei Mal Erfolg bei Morbus Brightii nach Scharlach, in einem dritten Falle bei einem älteren Patienten; oft aber versagte das Mittel seine Dienste, ebenso wie die Canthariden auch ein unsicheres diuretisches Mittel seien, oft nur die Nieren reizten; vielleicht liege beiden Mitteln dasselbe wirksame Princip zu Grunde. Letzteres wurde bezweifelt, da sonst über den wirksamen Bestandtheil der Cochenille, eines so alten Mittels, Erfahrungen vorliegen würden. Wenn der Präses darauf aufmerksam machte, dass vielleicht dem diuretischen Volksmittel, den Heimchen (*Acheta domestica*), dasselbe Princip zu Grunde liege, so glaubte Dr. Girgensohn das Princip mehr in der Vorliebe des Volkes für absonderliche Mittel zu finden, so sei wohl kaum eine Harngattung, die nicht als Heilmittel empfohlen und genossen sei. Die Urea, deren Gebrauch auf diesen Volksglauben hin empfohlen wurde, hat sich stets unwirksam bewiesen.

14. Sitzung den 2. April 1858.

Dr. Waldhauer gab eine Uebersicht der Ansichten von Graefe, Heymann und Wagner in Danzig über Amblyopie und Amaurose bei Morbus Brightii. Die pathologisch-anatomischen und ophthalmoskopischen Untersuchungen zeigten als We-

sen der Krankheit Extavasate, capilläre Apoplexien, punctirte Haemorrhagie der Netzhaut, mit ihren Ausgängen; manchmal capilläre Embolie ausgehend von Verschwärungen des Endocardium. Fast bei allen Sectionen wurden zugleich Herzkrankheiten gefunden. Gegen die in der Discussion geltend gemachte Ansicht, die fragliche Amblyopie möge wohl eher Folge der Herzkrankheit, als des Morbus Brightii sein, führte Dr. Schwartz einen Fall an, wo die Krankheit bei Albuminurie ohne Herzkrankheit entschieden auftrat.

Es wurde ferner bezweifelt, dass der Grund der fraglichen Amblyopie immer in Extravasaten zu suchen sei, da sie oft so sehr schnell zur Heilung übergehe. Dagegen aber führte Dr. Girgensohn an, wie schnell und vollständig Exsudate, zum Beispiel bei richtig behandelter Syphilis, resorbirt würden. Dr. Schwartz meint, es würden die Exsudate in Folge anderer Krankheiten ebenso schnell verschwinden, wenn wir gegen dieselben ebenso erfolgreiche Heilmittel, wie gegen Syphilis kennten. Es würden im Puerperio oft auch ungemein schnell Extravasate resorbirt, daher erkläre sich auch das schnelle Verschwinden der Amblyopie während dieser Zeit; so sah Dr. Schwartz die Blindheit bei einer Eclampsischen nach 24 Stunden verschwinden. Einen ähnlichen Fall berichtete Dr. Waldhauer als von Graefe beobachtet. Die Frau erkrankte im Puerperio an Manie, wurde dann blind, und nach ganz kurzer Zeit gesund und sehend.

15. Sitzung den 23. April 1858.

Dr. Girgensohn erinnerte daran, wie er vor ein Paar Jahren der Gesellschaft einen Fall von Extravasaten auf das Grosshirn mitgetheilt, welches die eine Hemisphäre sehr stark comprimirt hatte, und wie damals allgemein dieser Fall als ein absolut lethaler anerkannt worden. Jetzt wolle er ein Präparat vorlegen, welches dieser unbedingten Annahme widerspricht. Es stammt dasselbe von einem alten Kirchenbettler, der an Pneumonie plötzlich gestorben. Beim Eröffnen des Schädels waren die Knochen mit der Dura mater verwachsen; links

zwischen Dura mater und Arachnoidea lag der vorgezeigte Sack von $5\frac{3}{4}$ " Länge, $3\frac{1}{4}$ " Breite, über 1" Dicke; er lag ganz frei, nur in der Mitte gelangte in denselben ein Blutgefäss aus der Arachnoidea. Die linke Gehirnhemisphäre war auf die Hälfte ihres Volumens comprimirt, hart, ein fester Käse. Der Sack besteht aus einer festen organisirten Kapsel, deren Wände $\frac{1}{2}$ " dick sind, der Inhalt war zersetztes Blut. Es ist also das Präparat ein organisirtes Blutextravasat, welches plötzlich, nicht allmählig, und zwar schon vor sehr langer Zeit entstanden, da es vollständig organisirt ist.

Dr. Klau aus Arensburg hatte gedruckte sehr ausführliche Notizen über die Badesaison zu Arensburg im Sommer 1857 eingesandt. Er giebt darin an: die Zahl der behandelten Patienten, die Krankheiten, an denen sie gelitten, die Zahl der genommenen Bäder, kalte und warme Seebäder, warme Sool- und Schlammäder, warme und kalte Douchen. Die Wirkung der Bäder (natürlich nur Erstwirkung) in Bezug auf die Anzahl der Personen, dann in Bezug auf die Krankheitsformen; dann die Wohnorte der Patienten, und schliesslich die Witterung von Arensburg im verflossenen Sommer, nebst den Temperaturen des Meerwasser.

Der Secretair verlas die Mortalitätsliste für den März 1858. Von den 67 gestorbenen Personen, 38 Männer, 29 Weiber, kamen auf die Stadt 33 p. c., auf die Moskauer Vorstadt $15\frac{1}{2}$ p. c., Petersburger Vorstadt $12\frac{1}{2}$ p. c., jenseit der Düna 15 p. c. und 25 p. c. auf die Krankenhäuser. Das Alter bis zum 10. Jahr lieferte 50 p. c., von 10—60 Jahr $32\frac{1}{2}$ p. c., über 60 Jahr $17\frac{1}{2}$ p. c. An Scharlach waren 9 von diesen 67 Personen gestorben ($13\frac{1}{2}$ p. c.); an Variola 6 (9 p. c.) und ebenso 6 (9 p. c.) an Tuberculose. Vorherrschend waren in diesem Monat Rheumatismen und Catarrhe, die Masern seltener, Scharlach häufiger als im vorigen Monat. Die Variola-Gruppe scheint weniger ausgebreitet, Keuchhusten hatte fast ganz aufgehört, Intermittens ungewöhnlich wenig Fälle.

Dr. Schwartz theilte einen Fall von Rheumatismus acutus mit; es betraf derselbe einen russischen Mönch von 54 Jahren. Nachdem allmählig verschiedene Gelenke ergriffen

worden, lokalisirte sich der Rheumatismus zuletzt in den Handgelenken, diese waren geschwollen, unbeweglich, schmerzhaft; dabei geringes Fieber, keine Herzaffectio. Bei der Morgenvisite um 10 Uhr waren die Handgelenke plötzlich ganz frei, der Patient klagte über Schmerz im Nacken, der schon am Abend vorher angefangen, und über starke Schmerzen im Kopfe. Um 12 Uhr traten Delirien ein, um 4 Uhr Tod. Dieser war herbeigeführt durch akute Exsudation in's Gehirn, wodurch aber diese entstanden ist fraglich; die Section wurde nicht gestattet. Dr. Schwartz führte diesen Fall an als Gegenbeweis gegen die Behauptung, dass ein solcher Ausgang nur bei gleichzeitiger Herzaffectio in Folge von Embolie in die Gehirngefässe eintreten könne. Anders war der Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Hirnleiden in einem früheren Falle aus seiner Praxis; hier war ein entschiedenes Ueberspringen auf das Gehirn zu beobachten: Manie, die ein Paar Tage andauerte, und aufhörte, als wieder ein Handgelenk ergriffen wurde.

Dr. Berent hatte das Propylamin gegen Rheumatismus in einem Falle mit günstigem Erfolge angewandt; von den anwesenden Mitgliedern war das Mittel nicht versucht worden.

Dr. Brauser benachrichtigte die Gesellschaft, dass er in Betreff der hier verkäuflichen Brillen von der Ratiborschen Fabrik die Auskunft erhalten, dass besagte Fabrik auch die Brillen für Berlin zum grössten Theil liefere, so an den Optikus Meyer, den Graefe empfiehlt, an Pätz und Flor, von denen mehre Mitglieder Brillenkasten haben, die Nummern mithin dieselben seien. Es hätten übrigens, wenn die deutschen Brillen einen Focus von 12" rheinisch Maass haben, die Französischen 11½", die Englischen 12½".

Ferner legte Dr. Brauser der Gesellschaft den Preiscourant der Langgaardschen Bruchbänder vor.

Dr. v. Dahl trug einen Fall von multiplen Hirntumoren vor. Es hatte die 29jährige Patientin constitutionelle Syphilis gehabt, vor 1½ Jahren litt sie an Anorexie, Eingenommenheit des Kopfes, Uebelkeit, Empfindlichkeit des Epigastrium und wurde das Leiden als Magencatarrh behandelt und gemildert. Im Anfange dieses Jahres stellten sich maniakalische Anfälle ein. Im

Anfang des Märzmonates zeigte sich äusserste Hinfälligkeit, Schwindel, schleimiges und galliges Erbrechen, kein Kopfschmerz; Bewusstsein ungetrübt, Sprache langsam und schwerfällig; Schmerz im Epigastrium, Puls 80–90, Appetitmangel, belegte Zunge. Lunge, Herz, Leber, Milz schienen normal, Stuhl regelmässig, hin und wieder murmelnde Delirien. Gegen Ende März trat Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen in den Vordergrund; Eiweiss im Harn; die Sensibilität, Motilität und die Sinnesorgane blieben intakt. Die Ernährung verfiel immer mehr, es trat Anfang April unwillkürlicher Abgang des Koths und Harnes ein, die Zunge wurde trocken, der Puls kleiner und beschleunigt, die Patientin wurde apathisch und starb am 16. April. Die Section ergab: einen Tumor von der Grösse einer Haselnuss in der Hypophyse, der nach oben mit der harten Hirnhaut zusammenhing; ein zweiter ovaler Tumor von Wallnussgrösse sass an der Innenfläche der linken Hemisphäre dicht vor dem Balkenknie; ein dritter von der Grösse einer Haselnuss fand sich in den vorderen Theil der Markmasse der rechten Grosshemispäre. Die Tumoren waren hart, derb, auf Schnittfläche glänzend, gleichmässig, keine Flüssigkeit beim Druck entleerend, in der Mitte mehr gelb, undurchsichtig, an der Peripherie mehr hyaline Stellen. Drei ähnliche nussgrosse Geschwülste fanden sich in der Muskatnussleber, deren rechter Lappen verdickt, der linke klein, verschrumpft war.

Dr. v. Dahl gab behufs der Classification dieser Geschwülste die mikroskopische Untersuchung derselben: in den halbdurchsichtigen Stellen zartes fasriges Stroma, fast keine Zellen, viele Molekularkörperchen; letztere nebst Fett und mehr ovalen Zellen überwiegend in den gelben Stellen. Dann sprach sich Dr. v. Dahl gegen die Unterscheidung der Geschwülste in krebsige und nicht krebsige aus, und will lieber dieselben nach ihren constituirenden Elementen benannt wissen. Verfasser gab darauf eine Uebersicht über die Symptome bei Gehirntumoren und deren Deutung, theilweise gestützt auf mehrere Fälle eigener Beobachtungen. Schliesslich besprach er die differentielle Diagnose der Tumoren von Hirnabscess und partieller Erweichung.

Dr. Schwartz referirte bei Besprechung der Behandlung

des Gehirnbrabscesses einen Fall aus seiner Praxis. Ein 7jähriger Knabe war vom Sopha auf ein Messer mit aufrechtstehender Klinge gefallen und hatte sich dieselbe in die Schläfe gestossen. Nach mehren Tagen hinzugerufen, fand Dr. Schwartz Sopor und die Zeichen des Hirnbrabscesses; da die Stelle desselben durch die Verwundung ziemlich sicher war, trepanirte er den Knaben, fand auch den Abscess, der Tod trat aber nach 8 Tagen ein.

16. Sitzung den 7. Mai 1858.

Der Vorschlag, Auszüge aus den Protocollen als Manuscript gedruckt den ordentlichen und correspondirenden Mitgliedern zuzusenden, wurde angenommen.

Der Präses zeigte an, dass den correspondirenden Mitgliedern die Einladungsschrift „zur Einweihungsfeier des Museums am 7. März 1858“ zugesandt würde, um denselben die darin enthaltene kurze Geschichte der Gesellschaft mitzutheilen.

Dr. Schwartz theilte der Gesellschaft einen Beitrag zur Lehre von Morbus Brightii mit. Er knüpfte die Besprechung dieses Gegenstandes an die Krankengeschichte eines 10jährigen Knaben, der, an einem heftigen Typhus darniederliegend, in der 7. Woche der Krankheit von Nieren-Eiterung und Albuminurie ergriffen wurde, die sich namentlich nach dem Gebrauch der *Solidago virga aurea* verlor. Die Reconvalescenz war sehr langsam; sechs Monate nach Anfang der Krankheit war noch Schwäche der Extremitäten vorhanden, die sich auch nach einem Monate verlor und der Patient schien jetzt vollkommen genesen. Nach 4 Jahren klagte der in der Entwicklung zurückgebliebene Knabe über heftige Kopfschmerzen, die gewöhnlich mit Erbrechen endeten; der reichlich gelassene Harn war sauer, stark eiweisshaltig; keine hydropischen Erscheinungen. Es wurde die Diagnose auf Granularentartung der Nieren gestellt, die Kopfschmerzen als secundäre gedeutet, da Störungen der Intelligenz und paralytische Symptome fehlten, was gegen ein organisches Hirnleiden sprach. Die angewandten Mittel hatten gar keinen oder zweifelhaften Erfolg. Drei Wochen vor

dem Tode traten Convulsionen ein, tonische und klonische Krämpfe; die Urinsecretion, die 12 Stunden gestockt hatte, wurde wieder reichlich. Das Sensorium wurde allmählig mehr eingenommen, der Schlaf fehlte, der Puls sank, und so trat der Tod unter urämischen Erscheinungen ein. Die Section ergab: Hypertrophie des linken Herzventrikels; die linke Niere, bis auf die Hälfte des normalen Volumens reducirt, zeigte eine fast gleichförmige, speckige Masse, das Nierenbecken war erweitert, die Pyramiden verwischt, keine Grenzen zwischen Substantia corticalis und tubularis, also drittes Stadium der Brightschen Krankheit. Die rechte Niere war im zweiten Stadium, die Granularentartung der Corticalsubstanz erstreckte sich tief hinein in die Tubularsubstanz, das Nierenbecken war sehr erweitert, desgleichen der Urether fast auf den Umfang eines kleinen Fingers; die Blase sehr gross. Das Gehirn vollkommen gesund.

Es war also das Hirnleiden ein secundäres, bedingt durch Granularentartung der Nieren, diese: Nachkrankheit des Typhus.

Der Verfasser machte darauf aufmerksam, wie der Morbus Brightii im Gefolge des Typhus nur wenig aufgeheilt ist. Louis kannte noch den Morbus Brightii wenig, giebt aber an, dass bei 17 von 42 Typhussectionen die Niere rothviolett gewesen, bald die Röhrensubstanz, bald die Rindenssubstanz, bald das ganze Organ. Chomel berücksichtigt die Nierenaffektion im Typhus gar nicht, dagegen sagt Rayer, die Nierenentzündung werde von Typhus sehr begünstigt; doch passt seine Schilderung mehr auf eine Pyelitis und starben die Kranken meist auf der Höhe des Typhus soporös. Christison erwähnt 11 Fälle von Typhus, die plötzlich unter Convulsionen und Coma endigten und leitet dieses von Obstruktion des Nierenparenchyms durch Exsudate ab. Die Krankheit wurde aber oft übersehen, weil bei vernachlässigter Untersuchung des Harns die Zeichen der urämischen Intoxikation auf Rechnung der typhösen Entmischung des Blutes geschoben wurden. Die prognostisch schlimme Bedeutung des blutigen Harns im Typhus erklärt Dr. Schwartz dadurch, dass derselbe eben ein Zeichen des Nierenleidens sei. Später wurde dem Eiweiss im Harne Typhöser mehr Aufmerksamkeit geschenkt, so von Andral, Bécquerel,

Frerichs, namentlich fanden ihn häufig Oppolzer und Finger; besonders aber Heller. Letzterer trennt die Albuminurie in leichteren Fällen des Typhus, wie in anderen akuten Krankheiten, von dem Morbus Brightii; Dr. Schwartz hält sie aber für das erste Stadium, Hyperämie der Nieren, die eben in weiterer Entwicklung diese Krankheit hervorruft; diese Hyperämie scheint ihm bedingt durch die im Fieber gesteigerte Herzthätigkeit; dass wir nicht in jeder fieberhaften Krankheit Albuminurie beobachten, mag vielleicht durch die Blutmischung bedingt sein. Nach Frerichs entwickelt sich die Nierenaffektion im Typhus gewöhnlich erst später, nicht selten erst während der Reconvalescenz. Dümmler beobachtete in der Typhus-Epidemie Oberschlesiens im Jahre 1847 als häufigste Nachkrankheit Wassersucht, Anasarca, aber auch Ascites, Hydrothorax, ein Mal Hydropericardium. Für die Ursache hält er meistens vorangegangene schwächende Einflüsse: Hunger, Durchfälle, Intermittens etc.; aber sie kam auch bei Wohlhabenden vor, namentlich bei Kindern, die den Typhus meist leicht durchmachten; er stellt diesen Hydrops in Parallele mit dem bei Scharlach. Sonstige specielle Beobachtungen über Morbus Brightii bei Typhus der Kinder existiren nicht, weder bei Friedreich, noch bei Rilliet und Barthez, die nur erwähnen, dass sie in drei Fällen bei der Section Nephritis albuminosa constatirt, die im Leben keine Wassersucht erzeugt hatte. Dr. Schwartz stellt nun als Resultat der bisherigen Erfahrungen hin: Eiweiss im Harn Typhöser ist ein häufiges, in schweren Fällen fast constantes Symptom, gewöhnlich bedingt durch leichtere Hyperämie der Nieren, die mit dem Nachlass des Fiebers auch wieder schwindet. In schweren Fällen kommt es aber zu bedeutenderer Nierenaffektion und zwar: 1) in Folge der Urinverhaltung in der Blase auf der Höhe des Typhus tritt Urinansammlung in dem Nierenbecken ein, durch Rückstauung des Blutes wird Nierenentzündung, zunächst Pyelitis bedingt, diese führt zur Bildung kleiner umschriebener Abscesse in der Nierensubstanz; sie wird meist tödtlich unter comatösen Erscheinungen, die durch die urämische Intoxikation wenn auch nicht bedingt, so doch gesteigert werden; der Urin enthält

im Leben Eiter, Eiweiss, nicht selten Blut. Oder 2) die Hyperaemie der Nieren steigert sich zu einem exsudativen Process, Morbus Brightii; der Urin enthält im Leben Eiweiss, nicht selten Blut, keinen Eiter; die Section zeigt die verschiedenen Stadien des Morbus Brightii, keine Erweiterung des Nierenbeckens. Diese Formen können sich aber mehr oder weniger combiniren, besonders die erste mit der zweiten.

Der obenangeführte Fall ist ein solcher combinirter, Hyperaemie und Exsudation hatten sich wol auf der Höhe des Typhus gebildet, es trat nachher Subparalyse der Blase ein, Urinretention, in Folge dessen Eiterbildung in den Nieren und die noch nach Jahren fortbestehende Erweiterung des Nierenbeckens. Der Morbus Brightii hat wahrscheinlich in der ganzen Zeit nach dem Typhus fortbestanden, wenn auch längere Zeit ohne weitere Fortschritte zu machen, erst als er in der relativ gesunden rechten Niere sich entwickelte, trat die unter den eigenthümlichen Hirnsymptomen tödtlich verlaufende Schlussperiode ein. Was die Behandlung betrifft, so ist nach Verfasser bei der ersten Form, Pyelitis durch Urinretention, die Entleerung der Blase die wichtigste Indication, also frühes Anlegen des Catheters; von frappanter Wirkung schien die *Solidago virga aurea*; sonst Erhaltung der Kräfte; Genesung kann eintreten, wenn auch die Fälle meistens tödtlich verlaufen. Was die zweite Form betrifft, so bedarf die einfache Hyperaemie der Nieren auf der Höhe des Typhus kaum einer besondern Berücksichtigung; treten die Zeichen der urämischen Intoxication auf, so ist die Anwendung der gegen dieselbe empfohlenen Mittel angezeigt, deren Wirksamkeit aber noch fraglich. Bleibt aber der Morbus Brightii nach Nachlass des Typhus zurück, so tritt die gegen dieses Leiden übliche Behandlung ein: *Tonica*, *Adstringentia*, *Martialia*, besonders Jodeisen. Vielleicht passt hier auch *Solidago virga aurea* und *Coccionella*. Gegen die von Dümmler beobachtete Wassersucht empfiehlt dieser *Bacca juniperi* und *Digitalis*.

17. Sitzung den 3. September 1858.

Der Praeses eröffnete diese erste Sitzung nach den Sommerferien mit der Anzeige, wie die Gesellschaft den Tod zweier ordentlicher Mitglieder, des Dr. Sodoffsky († 14. Mai) und des Dr. Rhode († 24. Mai) zu betrauern habe; in der nächsten Sitzung, am Stiftungstage, sollen die Nekrologe der Verstorbenen vorgetragen werden. Auch zwei ihrer ältesten correspondirenden Mitglieder habe die Gesellschaft in diesem Jahre durch den Tod verloren, im März starb in St. Petersburg der wirkliche Staatsrath Dr. Ockel, im April in Dünaburg der Staatsrath Dr. Ilisch.

Dr. v. Engelhardt ersuchte die Gesellschaft, im Namen des Professor Dr. Bidder, um Uebersendung von Letten-Schädeln an die Schädel-Sammlung der Universität Dorpat; zum Zeichen, dass der Schädel von einem Letten stamme, genüge der Name und die Religion des Verstorbenen. Die Gesellschaft beschloss diesem Wunsche dadurch nachzukommen, dass der Kreisarzt den Leichen, die der Universität Dorpat von hier aus übersendet werden, den Namen und die Religion des Verstorbenen beifüge.

Dr. Waldhauer legte der Gesellschaft eine Masse runder Harnsteine von Linsen- bis Haselnuss-Grösse vor, die einer Leiche entnommen waren.

Ferner führte Dr. Waldhauer der Gesellschaft eine Patientin vor. Es war ein 14jähriges Mädchen, bei dem vor 7 Jahren in Folge von Noma eine Narbe in der rechten Backe sich bildete, welche das Öffnen des Mundes bedeutend behinderte; Dr. Gürgens durchschnitt damals die Narbe von der Schleimhaut des Mundes aus und legte dann Keile zwischen die Zähne, jedoch ohne Erfolg. Dr. Waldhauer fand jetzt eine strangartige Narbe in der Wange, die von dem obern ersten Backenzahn zum untern Eckzahn der rechten Seite sich herabzog; der Mund liess sich nur bis auf 7 Millimtr. öffnen. Er versuchte die Erweiterung des Mundes durch einen Kegel, auf dessen Oberfläche sich eine fortlaufende Schraube befindet; die Anwendung dieses Instrumentes, durch welches auch nur höchst

unbedeutende Erweiterung erzielt wurde, musste aufgegeben werden, da die Zähne den Druck desselben nicht aushielten. Dr. Waldhauer versuchte nun die Narbe subcutan zu durchschneiden, er bediente sich dazu des Guerinschen stumpfen Tenotoms. Bei dem ersten Versuch hörte er das charakteristische Knattern bei der Durchschneidung der Narbe, es liess aber der Mund sich nicht weiter öffnen, ebenso bei der zweiten Durchschneidung; es war nicht die ganze Narbe durchschnitten, weil es sehr schwierig war, mit dem Tenotom hinter die ganze Narbe zu gelangen. Jedoch glückte dieses beim dritten Versuche, und nun liess sich der Mund durch eingelegte Pressschwämme erweitern; er öffnet sich jetzt (2 Monate nach der letzten Durchschneidung) bis auf 13 Millimtr. und geht die Erweiterung bei durchaus unverletzter Mundschleimhaut stetig vorwärts. Dr. v. Engelhardt bezweifelte aber dennoch den Erfolg der Operation, weil nach Entfernung der Erweiterungsmittel des Mundes die Narbe sich wahrscheinlich wieder bilden und contrahiren würde, wogegen Dr. Waldhauer diesen Verlauf für unwahrscheinlich hielt, da die Schleimhaut des Mundes unverletzt geblieben.

Dr. v. Reichardt referirte einen Fall aus früherer Zeit seiner Praxis. Es war bei einem Knaben, in Folge der Pocken, der Mund bis auf die Grösse einer Erbse verwachsen. Dr. v. Reichardt führte in der Gegend der frühern Mundwinkel Bleidräthe ein, liess sie längere Zeit in der Wunde liegen, bis sich eine Vernarbung hier gebildet hatte, und durchschnitt dann von dort aus beiderseits die Verwachsung bis zur Mundöffnung hin; der Erfolg war ein vollständiger. Doch konnte sich trotz desselben die Gesellschaft mit diesem Operationsverfahren nicht einverstanden erklären, da nur zu oft die Verwachsung in diesem Falle wieder eintrete, und wir in der Umsäumung der Schnittfläche mit der Schleimhaut ein viel sichereres Verfahren besitzen.

Dr. Brauser theilte eine Operation mit, durch die er eine Scheidenverwachsung geheilt hat. Er fand bei einer Frau eine totale Verwachsung der Scheide, nur während der Menstruation entdeckte er, unter einer Falte versteckt, eine etwa stricknadel-

dicke Oeffnung, durch welche sich das Menstrualblut hervor-drängte. Dr. Brauser machte nun auf der Sonde einen Schnitt, durch den er das Civiale'sche Urethrotom hineinbrachte und mit diesem dann die Verwachsung nach allen Seiten durch-schnitt. Dann brachte er Pressschwamm in die Scheide, machte später Einspritzungen und zwar so, dass neben dem Kolben der Spritze zugleich der Finger eingeführt wurde, wodurch eine Erweiterung erzielt wurde. Die Vernarbung ging gut von Stat-ten; nur zeigte sich jetzt eine Rectovaginal-Fistel und ein Damm-riss von der ersten Geburt her. Die Frau wurde wieder schwan-ger und gebar leicht; bei dieser Niederkunft verschwand die letzte Spur einer ringförmigen Striktur der Scheide, die nach-geblieben war. Die Rectovaginal-Fistel konnte nicht zur Hei-lung gebracht werden trotz angewandter Aetzung und Näthe, weil sich stets eine Menge Gase im Mastdarm ansammelten und die anfangende Verwachsung trennten; ein Darmrohr in den After gebracht, wurde nicht vertragen.

Dr. Schwartz hatte, von einem andern Arzte consultirt, dieselbe Frau bei der ersten Niederkunft gesehen. Es war da-mals das Kind in der Steisslage zur Geburt gekommen, der grosse Kopf bedeutend eingekeilt gewesen, und bei seinem Durchgang ein Dammriss entstanden, der nicht vollständig ge-heilt werden konnte. Die Rectovaginal-Fistel entstand durch Brand in Folge von Quetschung, nicht mechanisch während der Geburt; verschiedene Heilungsversuche missglückten. Die Schei-denverwachsung entstand erst später in Folge einer Vaginitis, doch liess sich damals die Frau nicht während der Menstruation un-tersuchen. Dr. Schwartz machte schliesslich darauf aufmerk-sam, wie selbst Dieffenbach die Operation bei Scheidenver-schliessung gescheut habe, wenn er nicht die Sonde hineinfüh-ren konnte.

Dr. v. Engelhardt referirte einen Fall aus seiner Praxis, in dem er bei einer Jüdin statt der Scheide nur eine 1" tiefe Grube fand; er zerriss mit dem Finger die Schleimhaut, ge-langte in dem Zellgewebe allmählig einige Zoll tief, fand jedoch keinen Uterus, auch wurde dieser Mangel durch die Untersu-chung von Blase und Mastdarm aus bestätigt. Die Vertiefung

an der Stelle der Scheide war nach der Vernarbung bedeutender geworden; die Patientin entzog sich aber späterer Beobachtung.

In einem andern Falle fand Dr. v. Engelhardt die Scheide oben in der Nähe der Vaginalportion sehr verengt, das Scheidengewölbe etwa 2 Finger breit, fast wie ein Blindsack endigend, doch glaubte er Spuren von Muttermundslippen zu finden, und ging mit dem Messer etwa 1" tief in den fraglichen verwachsenen Muttermund hinein, jedoch ohne Erfolg. Es hatte sich vorher keine Menstruation, wohl aber Molimina zu derselben gezeigt, auch war der Unterleib in der Gegend des Uterus nicht aufgetrieben oder schmerzhaft. Die Patientin entzog sich der Beobachtung.

Dr. v. Reichardt referirte, dass vor zwei Tagen in seiner Praxis ein Hypospadiæus geboren worden, bei dem sich der Harn in kaum merklichem Strahle aus einer Oeffnung unterhalb der Glans penis entleere, und er fragte die Gesellschaft um ihre Meinung über das in diesem Falle einzuschlagende Verfahren. Die Ansicht der Gesellschaft sprach sich dahin aus, er möge erst dem Harn durch Erweiterung der Oeffnung freieren Abfluss verschaffen und in späterer Zeit eine Herstellung der Harnröhrenmündung durch die Eichel versuchen.

Der Secretair legte die Mortalitäts-Statistik der Monate April und Mai vor, die des Juni und Juli musste wegen Mangels an Zeit auf die nächste Sitzung verschoben werden. Im April starben 70 Personen, 35 Männer und eben so viel Weiber; das Verhältniss der Wohlhabenden zu den Armen war = 2 : 5. Von den Todten erreichten das Alter von 1—10 Jahren 34½ p. c.; von 10—60 Jahren 45½ p. c. und 20 p. c. das über 60 Jahre. In der Stadt starben 21½ p. c., in der Petersburger Vorstadt 24½ p. c., in der Moskauer Vorstadt 13 p. c., jenseit der Düna 10 p. c., und 31 p. c. in den Krankenhäusern. An Variola starben 9 von den 70 Personen (beinahe 13 p. c.), ebenso 9 (beinahe 13 p. c.) an Tuberculose und 8 (11½ p. c.) an Pneumonie. Die Masern hatten in diesem Monat ganz aufgehört, Scharlach und Keuchhusten waren sehr selten. Die Variola-Gruppe war ziemlich häufig vertreten, doch trat die Variola mehr gegen Varicellen zurück. Neben vorherrschenden Ca-

tarrhen und Rheumatismen wurden häufigere, aber immer noch sporadische Intermittens-Anfälle beobachtet. Pneumonie scheint seltener, als sonst in diesem Monat.

Im Mai wurden 62 Todesfälle berichtet, sie betrafen 41 Männer, 21 Weiber; das Verhältniss der Wohlhabenden zu den Armen war = 2:7. Im Alter von 1—10 Jahren starben 31 p. c.; von 10—60 Jahren 50 p. c. und 19 p. c. in dem über 60 Jahre. In der Stadt starben 22 p. c. von den Todten, in der Petersburger Vorstadt 11½ p. c., in der Moskauer Vorstadt 20 p. c., jenseit der Düna 16½ p. c. und 30½ p. c. in den Krankenhäusern. Es starben von diesen 62 Personen an Pneumonie 10 (16½ p. c.); an Variola 5 (9½ p. c.) und 4 (6½ p. c.) an Tuberculose. Catarrhe, besonders der Darmschleimhaut, und Rheumatismen waren in diesem Monat vorherrschend. Intermittens etwas häufiger, als im vorigen Monat, aber auch noch sporadisch. Pneumonie und Variola nahmen seit dem vorigen Monat ab. Scharlach und Masern haben fast ganz aufgehört. Gegen Ende des Monats kamen Croup und Diphtheritis zur Beobachtung.

Dr. Müller sah bei einem Kinde, das an Scharlach erkrankt war, den tödtlichen Ausgang herbeigeführt durch Entwicklung starker Parotidengeschwülste während der Abschuppung, Verjauchung derselben, und bald darauf folgende Gangraena der rechten Hand in Folge von Embolie der Art. brachialis.

Dr. Schwartz knüpfte hieran die Mittheilung eines Falles aus seiner Praxis. Am 23. Juli erkrankte eine 82jährige Frau an der Cholera; den schweren Anfall überstand sie glücklich, aber, schon Reconvalescentin, bekam sie am 28. Juli Morgens ganz plötzlich im linken Fuss einen sehr heftigen Schmerz. Der Fuss war nicht geschwollen, aber gleich eiskalt, so dass Gangraena senilis zu befürchten war, am folgenden Tage zeigte sich auch schon ein kleiner Brandfleck an der grossen Zehe. Der ganze Fuss mumificirte vollständig, der Brand schritt langsam vorwärts, so dass jetzt der ganze Unterschenkel bis zum Knie brandig ist. Die Kranke lebt zwar noch, ihr Tod ist aber in den nächsten Tagen zu erwarten.

Es entspann sich bei Besprechung dieser Fälle die Frage, ob die Ursache der Gangraena senilis in Embolie oder Throm-

bose zu suchen sei und stellte sich die Ansicht heraus, dass häufiger wohl Embolie die Ursache sei, zu deren Zustandekommen auch alle Bedingungen in den atheromatös entarteten Gefässen der alten Leute gegeben seien. Als charakteristisches Zeichen dieser Ursache der Gangraen finden wir fast plötzliches Erkalten der ergriffenen Extremität; wo dieses Erkalten allmählig eintritt, haben wir die Ursache der Verstopfung des Blutgefässes wahrscheinlich in diesem selbst zu suchen, also Thrombose durch Entzündung der Häute desselben.

An Stelle des verstorbenen Dr. Sodoffsky, wurde zum Bibliothekar und Kassaführer der Gesellschaft Dr. Hülsen erwählt.
